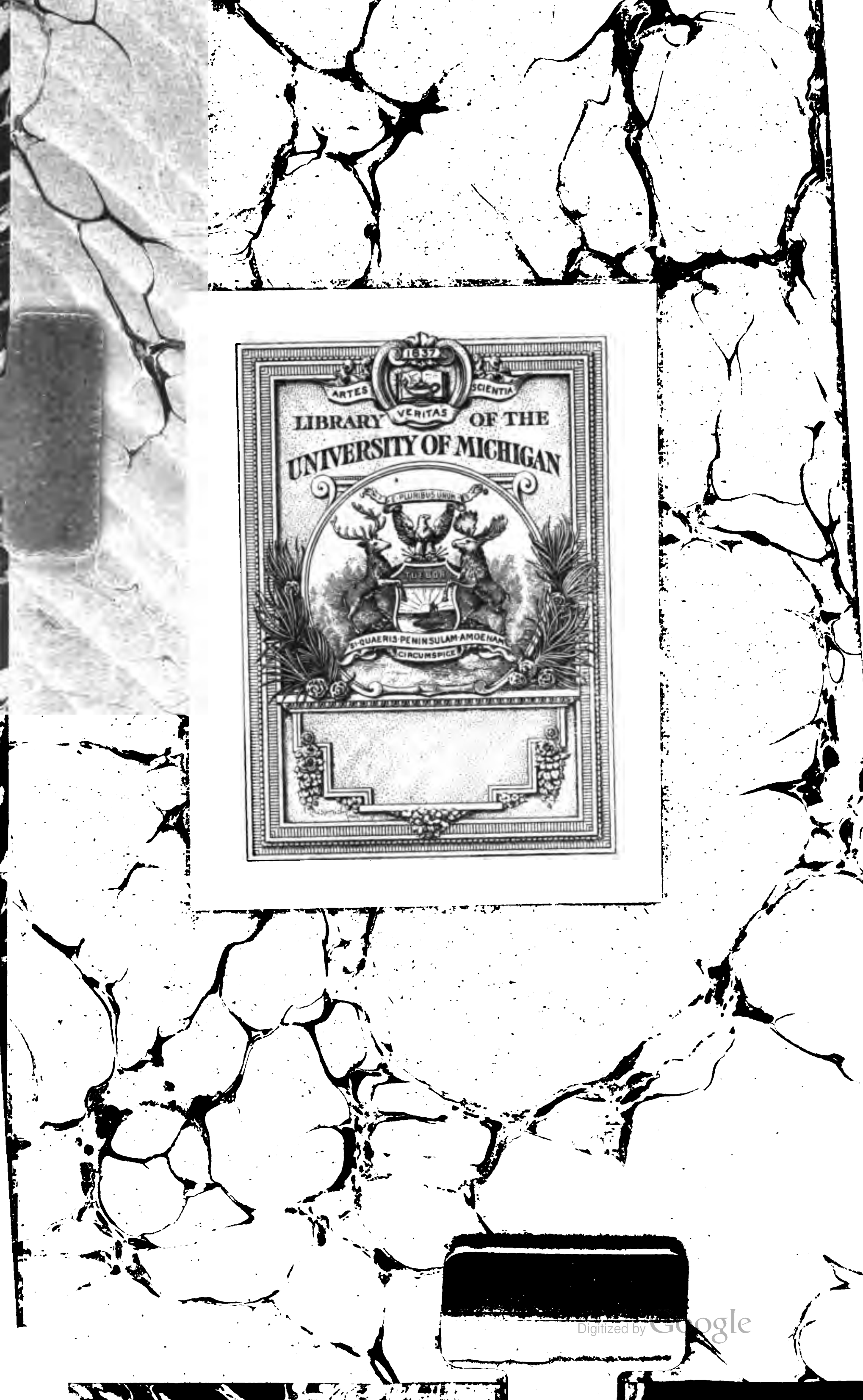
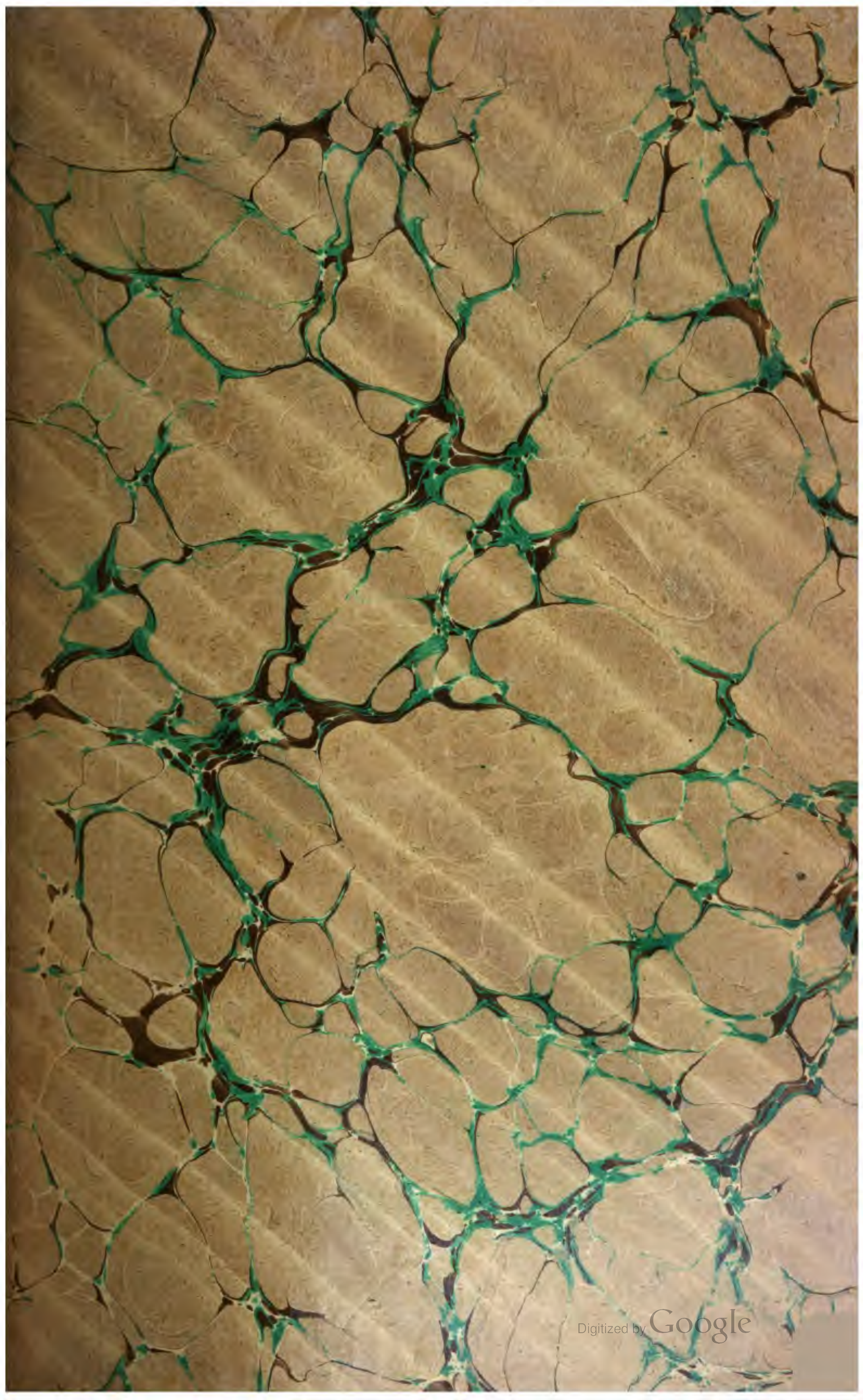

B 3 9015 00207 794 2
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE,

L'IDIOTIE ET L'HYDROCÉPHALIE

N° 44. — Imprimerie des Enfants de Bicêtre.

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE,

L'IDIOTIE ET L'HYDROCÉPHALIE

COMPTE-RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1893

PAR

BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

Avec la collaboration de

MM. BONCOURT, CORNET, LENOIR, JULES NOIR
ET P. SOLLIER.

Volume XIV.
Avec 89 figures dans le texte et un plan.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard St-Germain, 108.

1894

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1893.

(Bicêtre et Fondation Vallée.)

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : **Bicêtre.**

Histoire du service pendant l'année 1893.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Le quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre comprend 4 sections : la première et la deuxième section sont affectées aux aliénés adultes, la troisième aux épileptiques, la quatrième aux enfants. Dans leur section, les enfants sont répartis en trois groupes : 1° Les *enfants idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES ; — 2° les *enfants idiots gâteux* ou *non*, mais VALIDES ; — 3° les *enfants propres*, VALIDES, *imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques, et hystériques* ou *non*.

I. *Enfants idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES. — Ce premier groupe est subdivisé en deux catégories : la première est composée d'idiots gâteux, ne parlant, ni ne marchant, considérés généralement et à tort comme tout à fait incurables. Cependant la plupart d'entre eux sont susceptibles d'amélio-

ration, même à un degré très notable. On leur apprend à se tenir debout à l'aide des barres parrallèles *(Fig.* 7); à marcher soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du chariot; on fortifie leurs membres en exerçant successivement, chaque jour et à diverses reprises, toutes les articulations, en leur faisant des frictions stimulantes, etc... En 1893, 3 enfants ont appris à marcher, Tabur..., Math..., Charme..., et 5 ont été rendus propres : Jacque..., Tabour..., Clouzea... et Imber.... Dès qu'un enfant marche seul il est envoyé à la *petite école*, d'abord le matin, puis toute la journée aussitôt que ses forces le permettent. Tous ces enfants sont placés sur des petits fauteuils spéciaux que nous avons décrits.

La seconde catégorie comprend les idiots tout à fait *incurables*, en beaucoup plus petit nombre qu'on ne le croit généralement, et les *épileptiques* devenus *déments* et *gâteux* sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent; ils ne peuvent plus être, la plupart, que l'objet de soins hygiéniques et devraient former un groupe spécial.

II. *Enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non, mais* VALIDES (PETITE ÉCOLE). — Ces enfants fréquentent la petite école, confiée exclusivement à des femmes. Dans le courant de l'année, 220 enfants ont été inscrits à la petite école. Sur ce nombre 8 sont décédés, 10 sont sortis définitivement, 17 sont passés à la grande école, 4 sont passés aux adultes. Sur les 197 enfants qui restaient à la petite école au 31 décembre 1893, 8 ne mangent pas seuls, 54 se servent de la cuiller, 71 de la cuiller et de la fourchette, 64 de la cuiller, de la fourchette et du couteau. — 7 enfants sont devenus propres (1). 3 autres enfants

(1) Andr..., Bourg..., Fairo..., Laure..., Primea..., Pier..., Vassa...

sont très améliorés au point de vue du gâtisme (1). Tous les enfants sont exercés à la gymnastique Pichery, sauf 7 qui, venus du service des gâteux et infirmes, n'ont pu y prendre part. — 29 enfants ont travaillé cette année dans les différents ateliers savoir : tailleurs, 13 ; vanniers, 3 ; cordonniers, 3.

La petite école comprend : 1° Le *traitement du gâtisme* qui consiste à placer, après chaque repas, les enfants gâteux sur les sièges d'aisances appropriés que nous avons décrits précédemment ; — 2° les *leçons de toilette* qui consistent à apprendre aux enfants à se laver la figure et les mains et à s'habiller ; — 3° les exercices pour l'éducation de la *main*, des *sens* et de la *parole* ; — 4° les leçons de *petite gymnastique* ; — 5° les *leçons de choses* ; — 6° les exercices élémentaires relatifs à l'*enseignement primaire*, sur lesquels nous avons déjà insisté un grand nombre de fois.

Petite école complémentaire. — Mme BONNET, mère de deux de nos pensionnaires, nous a offert en juin 1892 de venir à Bicêtre, s'occuper d'une façon spéciale de ses enfants et de quelques autres que nous voudrions bien lui confier. Nous avons accepté avec empressement cette offre inspirée par les sentiments les plus respectables. Pendant quelque temps Mme Bonnet a exercé ses fonctions dévouées à la petite école. Depuis octobre 1892, nous l'avons installée avec 10 enfants dans l'une des chambres d'un logement vacant de sous-surveillant à l'extrémité du pavillon Itard ; enfin cette année nous avons transporté sa petite école dans le sous-sol-rez-de-chaussée du bâtiment Séguin, local beaucoup plus vaste, dont nous avons fait agrandir les fenêtres, que nous avons aménagé et pourvu de tout le matériel scolaire nécessaire, d'images graduées et de gravures diverses représentant les animaux, etc.

(1) Desbariér.., Hocquigr.., Gergn...

Cette petite école complémentaire est fréquentée par vingt enfants idiots dont 6 gâteux. Mme Bonnet est aidée dans son dévouement par une infirmière, Mme Cordonnier, qui en même temps a la surveillance du dortoir où couchent ces enfants. Mme Bonnet a ainsi contribué à désencombrer la petite école et elle nous a permis d'obtenir encore de meilleurs résultats dans notre service. Le nombre de ses enfants gâteux est réduit à 4.

Dans nos précédents *Compte-rendus* nous avons mentionné, comme l'un des moyens qui nous servent à développer la force musculaire des membres inférieurs, un appareil particulier que nous désignons sous le nom de *balançoire tremplin*. Nous en donnons cette année la figure. Comme on le voit, les jambes allongées vont frapper sur une planche verticale, formant une sorte de tremplin *(Fig.* 6). Cet exercice donne de la souplesse, de l'élasticité, de la force aux membres inférieurs. Au bout de quelques jours l'enfant s'y habitue et le plaisir qu'il éprouve à se balancer compense peu à peu l'ennui du tremplin.

Parmi les procédés d'enseignement que nous avons introduits récemment pour l'éducation de la main, nous citerons les suivants : 1° un *mannequin articulé* qui sert à apprendre aux enfants à s'habiller et à se déshabiller; — 2° un petit appareil *(Fig.* 12) qui a pour objet de leur apprendre l'*agrafement* ; — 3° pour éduquer la main et pour préparer les enfants à entrer à l'atelier de couture, nous les exerçons avec la série des objets qui sont représentés sur la *Fig.* 13 et qui comprennent : *a*) un bâton avec poignée sur lequel l'enfant est dressé à enfiler des boules en bois, colorées ou non, semblables à celles du boulier classique ; *b*) une grosse aiguille de bois avec un large chas permettant l'introduction de la corde à store ; *c*) une autre aiguille en bois plus petite, avec un chas plus étroit laissant passer facilement le fil de fouet ; *d*) une alène dont la

pointe a été émoussée ; *e*) un passe-lacet ; *f*) des aiguilles de plus en plus petites. L'ensemble de ces objets permet des exercices très intéressants au point de vue de l'*éducation de l'œil*, de la *main*, et de l'*attention*.

Nous avons aussi parlé autrefois des procédés employés pour inculquer aux enfants la *notion des chiffres* et celle de la *numération élémentaire*. Pour la première, nous nous servons de feuilles de chiffres imprimés, les chiffres pairs en rouge, les chiffres impairs en noir. Les *chiffres* imprimés ont 0^m12 de longueur. Sur les chiffres *imprimés*, les enfants placent des *chiffres en bois*, colorés en rouge ou en noir. — Pour la seconde, nous faisons placer par les enfants des petits bâtonnets dans une sorte de petit casier divisé en dix petits compartiments au-dessus desquels se succèdent les nombres 1, 2, 3, ...10 (*Fig.* 1).

Les *surfaces* sont enseignées à l'aide de tableaux en bois dans lesquelles les surfaces sont tracées en creux. Sur ces creux les enfants appliquent les surfaces similaires découpées en bois. Les *Fig.* 2, 3, 4 et 5 nous dispensent d'insister davantage. Il s'agit là de procédés que nous employons depuis longtemps et si nous y revenons aujourd'hui c'est à l'occasion des figures que nous avons cru devoir placer sous les yeux des lecteurs.

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non* (GRANDE ÉCOLE). — La population de cette école était de 209 enfants au 1er janvier 1893 et de 222 au 31 décembre. 154 élèves ont fréquenté les ateliers par grande série (1/2 journée), 52 par petite série (une heure) ; 16 ne travaillent pas. Parmi ces enfants, nous comptons 22 onychophages, 2 déchireurs d'ongles, 6 mangeurs de porte-plumes.

Nous avons continué l'emploi des mêmes procédés que les années précédentes, cherchant toujours à maté-

rialiser de plus en plus l'enseignement ; nous nous efforçons de multiplier les *leçons de choses*, d'utiliser

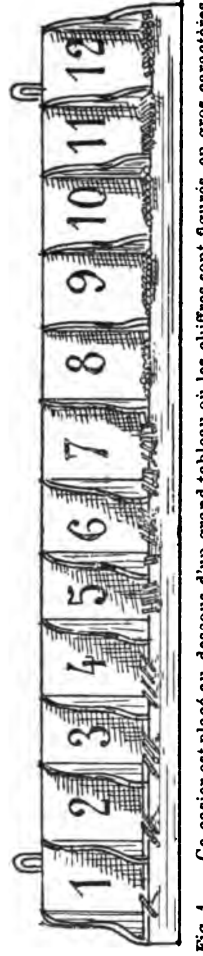


Fig. 1. — Ce casier est placé au-dessous d'un grand tableau où les chiffres sont figurés en gros caractères. Les enfants placent dans les casiers autant de petits bâtonnets que le chiffre correspondant représente d'unités.

les *séances de projections* à la lumière oxhydrique. Nous avons fait faire plusieurs séries d'*images graduées* pour l'enseignement sous les formes les plus diverses

par un administré de la maison, M. Berh. Voici, par

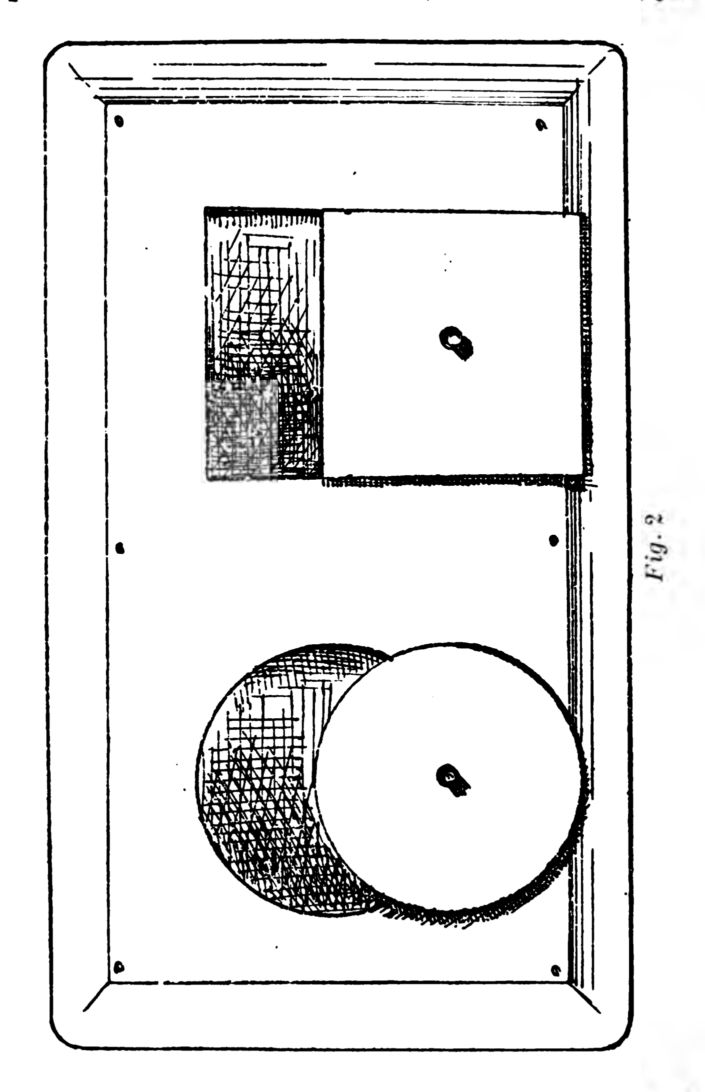


Fig. 2

exemple, la composition d'une de ces séries : 1° vache ; 2°

taureau ; 3° vache, taureau, veau ; 4° vache, vachère, chien ; 5° vachère trayant une vache ; 6° mamelles et trayons ; 7° vachère battant le beurre ; 8° beurre et ses dérivés. En outre, nous avons fait faire des clichés de ces images graduées pour les *projections*. Le matériel

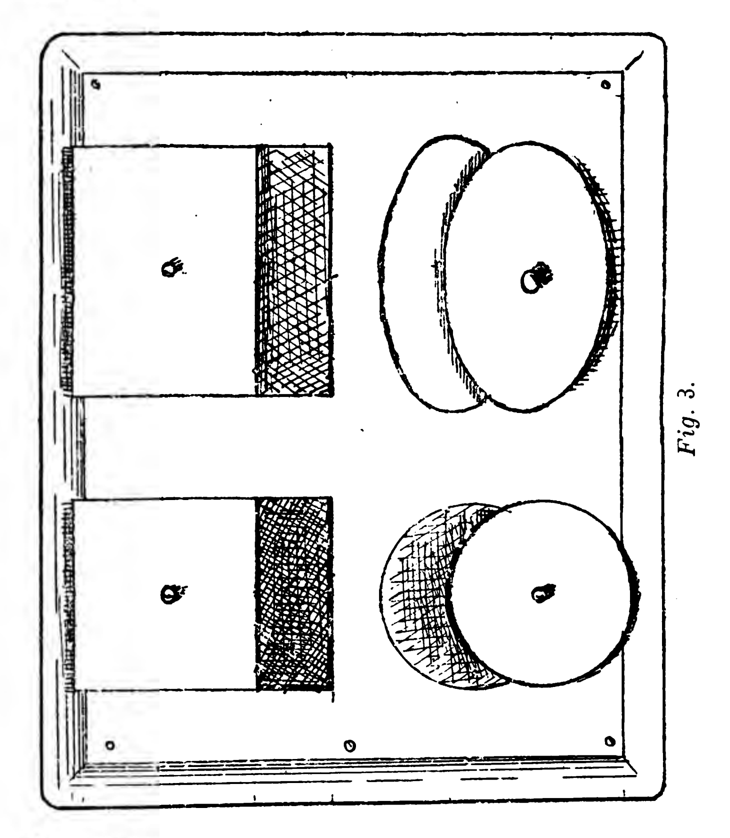


Fig. 3.

s'est augmenté de *tableaux de lettres majuscules* et *minuscules* placées les unes au-dessous des autres ; — des *signes de ponctuation*, etc... sur de grandes dimensions, afin de mieux fixer l'attention des enfants.

Aux examens pour le certificat d'études, qui ont eu

lieu au mois de mars, à Villejuif, onze de nos enfants

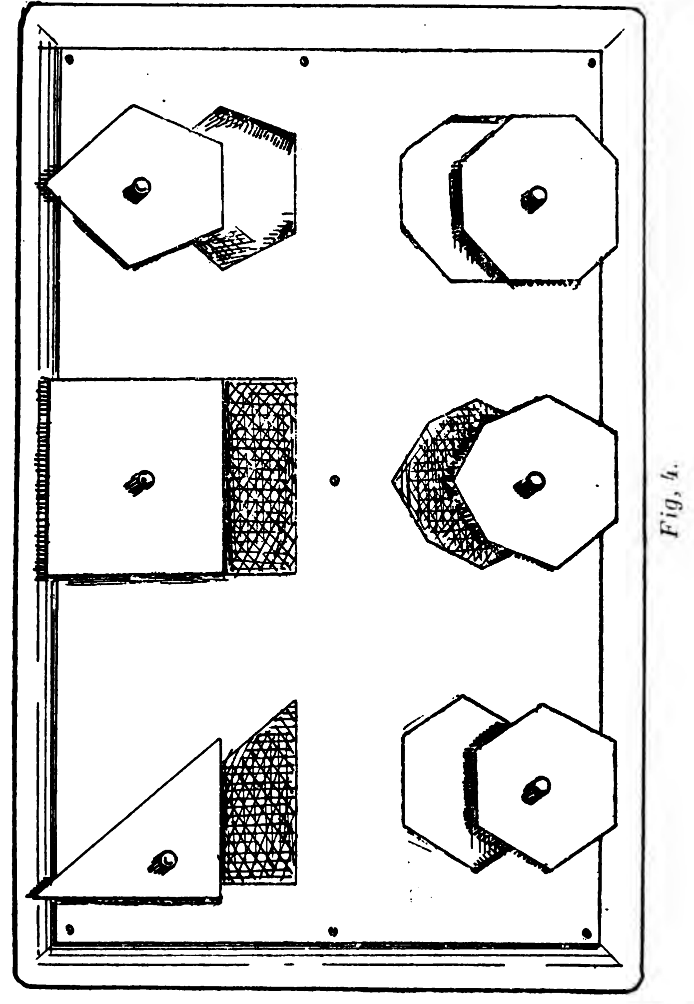


Fig. 4.

ont été reçus (1). — En raison du nombre trop consi-

(1) A la même session 11 infirmiers et 4 infirmières ont aussi obtenu leur certificat d'études.

dérable qui occasionnent un encombrement (1) dangereux pour les enfants, nous avons demandé la création d'un nouvel emploi d'instituteur et d'infirmier, nous avons obtenu ce dernier au mois d'août. — Nous avons appuyé la réclamation des instituteurs de notre service pour être assimilés, et c'est raison, aux instituteurs des écoles municipales de Paris.

Dans le but de mettre les instituteurs, les institutrices et leurs aides mieux en mesure d'améliorer la prononciation et de développer la parole des enfants,

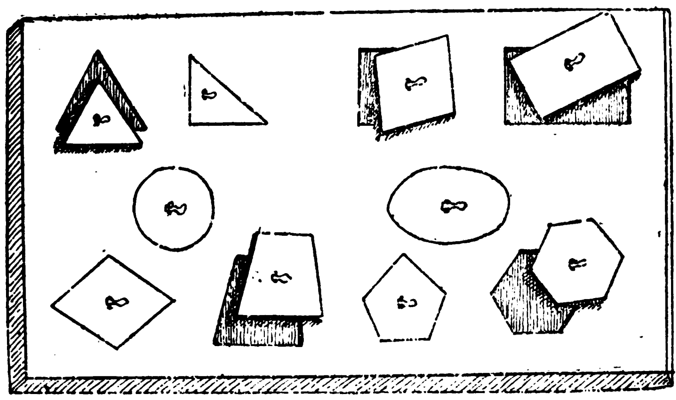


Fig. 5.

nous les avons envoyés successivement et par séries au nombre de 17, à l'*Institution nationale des Sourds-muets*. De plus, comme nous avons un certain nombre d'enfants *aveugles*, nos auxiliaires sont également allés à diverses reprises à l'*Institution des Jeunes Aveugles*. Il s'agit là d'ailleurs d'une pratique ancienne pour laquelle MM. Javal et Martin, directeurs de ces établissements, veulent bien chaque année nous prêter leur concours. Nous ne saurions trop les en remercier.

(1) Cet encombrement a aussi des inconvénients fort désagréables aux réfectoirs et dans les dortoirs.

Fanfare. — Le nombre des enfants faisant partie de la fanfare s'élève à 30 (24 instrumentistes et 6 membres honoraires). La cotisation mensuelle est de 0 fr. 50.

Il a été versé par les enfants, en 1893, la somme de 152 fr. en cotisations et 3 fr. 70 en amendes. Les dons divers s'élèvent à la somme de 30 fr. 55, soit pour l'année 1893, y compris le report de l'année 1892, un total de.......... 206 fr. 55.

Il a été dépensé pour achat d'instruments, réparations, morceaux de musique, etc., la somme de...... 198 fr. 25.

Reste en caisse.......................... 8 fr. 30.

La Fanfare a participé au concours du Petit-Ivry (2 récompenses), au festival du Kremlin-Bicêtre (2 récompenses), prêté son concours à la distribution des prix de Bicêtre et de la Salpêtrière, et à toutes les matinées dramatiques qui ont eu lieu dans le service. — Sur la proposition de M. le Dr Reulos, conseiller général du canton de Villejuif, où se trouve Bicêtre, le Conseil général de la Seine a voté une subvention de 300 fr. pour la Fanfare. Lors de la visite de la commission du Conseil général à Bicêtre, nous avons demandé que cette subvention soit partagée entre la Fanfare et la Bibliothèque.

Musée scolaire. — Don d'un herbier fait avec beaucoup de soins par un ancien malade, Colombier, passé comme adulte à la division des épileptiques; — impressions de feuilles de *lettres, chiffres arabes, chiffres romains* (les impairs en *noir*, les pairs en *rouge*), *signes de ponctuation*, *images graduées*, etc. La *bibliothèque récréative* renferme 340 volumes, qui sont mis à la disposition des enfants les plus tranquilles durant les récréations.

Société de jeux. — Elle a fonctionné durant le printemps et l'été. Le nombre des sociétaires s'est élevé à 49.

Versé par les enfants en cotisations..	17 fr. 30
Report de l'année 1892..............	13 fr. 45
Total:	30 fr. 75

Il a été dépensé pour achat de jeux divers, ainsi que dans les promenades spéciales la somme de..... 14 fr. 75

Reste en caisse	16 fr. »

Caisse d'épargne. — Elle est confiée à l'un des instituteurs, M. Mesnard. Il y a 49 titulaires de livret.

Le total des sommes versées en 1893 est de:	273 fr. 90
L'an dernier on était arrivé à la somme de :	145 fr. 70
Dans ces deux années, l'épargne est donc de:	419 fr. 60

Les enfants demandent souvent leurs livrets pour les montrer à leurs parents, qui ajoutent quelquefois à l'épargne de leurs enfants une petite pièce blanche. De plus, cette institution excite les enfants à bien travailler aux ateliers pour avoir le maximun des récompenses.

Chauffage des classes. — Le chauffage laisse complètement à désirer, surtout dans les classes. Il conviendrait, en ce qui les concerne, de ne jamais laisser éteindre le calorifère, car c'est surtout le matin que les enfants souffrent du défaut de chaleur.

Promenades et distractions. — Les enfants de la grande école, et ceux de la petite école qui sont propres, ont continué à faire des promenades soit à Paris, soit dans les environs de l'hospice. Malheureusement le nombre des enfants qui y ont participé, n'est pas aussi considérable qu'il devrait l'être. Il arrive trop souvent que, par le manque d'habillements, on est obligé de laisser à la maison un certain nombre

d'enfants (1). Nous recommandons aux instituteurs et aux institutrices de profiter de ces promenades pour donner des *leçons de choses* et exercer les enfants aux jeux de balles et de ballon. — Des promenades ont lieu également dans les jardins de la section, organisées en vue de l'enseignement pour les *leçons de choses*, et dans les cours de l'hospice.

Au point de vue des *distractions*, elles ont été à peu près les mêmes que les années précédentes (2). Nous relèverons seulement les visites des apprentis jardiniers à l'exposition horticole du mois de mai, et à l'exposition des chrysanthèmes du mois de novembre ; une représentation *gratuite* donnée par les artistes de la Gaîté-Montparnasse ; des excercices de gymnastique *séparés* par les garçons à Bicêtre, par les filles à Vallée, et des exercices de danse *communs* aux garçons et aux filles à la Fondation Vallée, à l'occasion de la visite du Conseil général du 1er décembre, du du mardi-gras et de la mi-carême.

Visites. — Les enfants ont reçu 10.211 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 14.139. Voici la statistique des permissions de sortie et des congés :

Permissions de sortie 1 jour.......	155
— — 2 jours.......	132
Congés 3 jours....................	122
— 4 jours....................	9
— 5 jours....................	582
— 8 jours....................	2
— 15 jours....................	3
— 30 jours....................	6
Total......	1093

(1) Lorsque les enfants vont aux fêtes des environs, principalement : à la foire de la place de la Nation, c'est à qui, des marchands forains, leur offrira l'entrée gratuite. Cette générosité leur fait d'autant plus d'honneur que, proportionnellement, c'est pour eux un grand sacrifice. Ils le font sans demander aucune compensation.

(2) Voir Compte-rendu de 1892, p. XIII et XIV.

Nous ne pouvons, à ce propos, que répéter ce que nous avons déjà dit bien des fois : « Jamais il n'est résulté d'inconvénients ni des permissions de sortie, ni des congés. Ils contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants et, comme ceux-ci y tiennent beaucoup, la crainte de ne pas en profiter contribue à maintenir la discipline.... Ajoutés aux promenades et aux distractions, répéterons-nous, ils rendent le séjour de l'asile plus supportable aux malades et rapprochent autant que possible notre section d'un *hôpital* ou d'un *pensionnat ordinaire* (1). »

Vaccinations et *revaccinations*. — Elles ont été au nombre de 99 (2). Suivant l'habitude, elles ont été pratiquées sous notre direction et celles de nos internes par les élèves de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre.

Service dentaire. — M. le Dr BOUVET vient chaque semaine donner des soins aux pensionnaires au point de vue de la dentition et de l'hygiène de la bouche. Nous n'avons qu'à nous féliciter de son service.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré d'Yvon et du bromure de camphre du Dr Clin (3), et des médicaments antiscrofuleux, ont continué, comme par le passé, à être la base du traitement pendant l'année 1893. Nous avons essayé en outre les *injections de liquide testiculaire* dans le

(1) Nous avons trouvé que les congés dépassant 4 à 5 jours avaient l'inconvénient de laisser les enfants prendre de mauvaises habitudes, d'être moins dociles et moins laborieux à leur rentrée. Aussi les limitons-nous le plus possible à 4 ou 5 jours.

(2) Nous avons profité de l'occasion pour revacciner 25 infirmières et 27 infirmiers.

(3) Des essais faits avec d'autres préparations, moins coûteuses, de bromure de camphre ont complètement échoué.

traitement de l'épilepsie (voir p. 109) l'*ingestion de suc thyroïdien* et les *injections sous-cutanées de liquide thyroïdien* dans trois cas d'idiotie avec cachexie pachydermique : les résultats dans ces deux maladies n'ont pas été encourageants.

Bien que des réparations diverses aient occasionné dans le cours de 1893 trois suspensions dont l'une de 26 jours, il a été donné dans l'année 14.103 bains ainsi répartis :

Bains simples	7873
— salés	4814
— d'amidon	509
— alcalins	821
— son	86
Total	14103
Bains de pieds	11.175
Douches aux enfants	74.522
Douches à des malades externes	1.232

Améliorations diverses. — Nous avons à noter : 1° Ouverture d'une fenêtre dans l'escalier des gâteux ; agrandissement des châssis de l'escalier ; — 2° Augmentation de 2 infirmières ; — 3° Un infirmier supplémentaire pour la grande école (avril) ; — 4° Pose de stores aux ateliers d'imprimerie et de couture ; — 5° Pose de deux bancs dans la petite cour des gâteux ; 6° Matelas de laine de tourbe pour les caisses des enfants en accès à la petite école.

Nous avons réclamé à différentes reprises l'amélioration des fontaines des offices, destinées à alimenter les enfants d'eau potable. Il y aurait lieu pour le Conseil municipal de fournir et Bicêtre et la Fondation Vallée d'eau de source, ce qui est possible en raison de la proximité de l'aqueduc de la Vanne.

Nous rappelons aussi les avantages qu'il y aurait pour les administrés de Bicêtre, vieillards, aliénés,

enfants, et pour leurs familles à faire passer le tramway du Châtelet devant l'Hospice.

L'*habillement des enfants* laisse toujours beaucoup à désirer. Souvent il n'est pas possible de changer les vêtements quand ils sont déchirés ou souillés. Quelques heureuses modifications ont pourtant été apportées dans le cours de l'année. Un nouveau modèle de chemise avec col rabattu et devant plissé a été essayé. Il est préférable aux anciennes chemises dont le col était attaché avec des cordons et surtout aux chemises de femmes que, faute de linge, on donnait quelquefois aux enfants. Les chausettes ont été substituées aux bas pour un nombre trop restreint d'enfants. Cette modification devrait être généralisée. — Dans la tenue de promenade, les enfants ont une nouvelle casquette, drap bleu avec visière, qui remplace avantageusement celle qu'ils avaient auparavant. — Aux anciens vestons sont substitués au fur et à mesure des vestes plus amples, descendant plus bas et pourvues de poches sur les côtés, ce qui permet de mieux surveiller les poches des enfants; quand elles étaient intérieures, elles leur servaient de magasin pour toutes sortes d'objets aussi disparates que malpropres.

Visites du service. — La section a été visité en 1893 par MM. le Dr Baudoin, Beausoleil, architecte, le Dr Bergeron, de l'Académie de médecine, le Dr Chantemesse, agrégé, le Dr Joh Bechholm, de l'asile de Neevingarden (Norwège), Decroix, pharmacien, le Dr Dobsa, de Barcelone, le Dr Kroug, de Pétersbourg, M. Lemoine, ingénieur des ponts et chaussées, Mme la Dr Catherine de Maliesrewky, directrice de l'institut médico-pédagogique de Pétersbourg, le Dr B. Pailhas, de l'asile d'Albi, Rivet, architecte, Roger, architecte du département, Saizanmatoyosi, rédacteur de la *Nouvelle Revue*, le Dr Sante de Sanctis, de Rome, le Dr

Sarbo, de Buda-Pesth, le Dr Soulier, de Lyon, le Dr B. Semidaloff, de la clinique psychiatrique de Moscou, le Dr Subotio (Serbie), le Dr Vogislau (Serbie) et le Dr Yvonneau, de Blois. — De même que les années précédentes la Commission de surveillance des asiles d'aliénés, présidée par M. Barbier et la Commission d'Assistance publique du Conseil général ont visité le service.

Musée pathologique. — Le musée, placé sous la surveillance de notre ancien interne, M. le Dr SOLLIER, s'est enrichi notablement en 1893, ainsi que le montre le tableau comparatif suivant :

DÉSIGNATION	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893
Bustes en plâtre	136	161	180	206	231	251	277	297
Plâtres divers	24	24	28	30	33	33	33	33
Squelettes entiers	»	»	»	5	11	11	17	27
— de tête	22	25	38	45	58	66	72	80
Calottes crâniennes	123	156	177	190	209	222	248	268
Cerveaux d'idiots, d'épileptiq., adultes et enfants	129	151	188	310	335	357	381	401

Nous avons continué à reprendre dans le cimetière de la commune (Gentilly), lors du relèvement des corps des malades décédés il y a cinq ans, les crânes et les squelettes entiers quand il s'agit d'hémiplégiques ou de malades dont le squelette présente des particularités ; c'est ce qui explique l'enrichissement rapide du musée depuis février 1887.

A la fin de 1892, et dans le premier semestre de 1893, nous avons pu nous procurer 150 calottes crâniennes provenant d'enfants supposés normaux afin de pouvoir les comparer, au point de vue des *fonta-*

nelles, des *sutures* et des *dimensions* avec les calottes crâniennes des enfants idiots de Bicêtre.

Le musée reçoit en outre toutes les *photographies* des malades décédés, leurs *observations* qui sont reliées en volume chaque année, les *photographies des cerveaux* qui forment aujourd'hui sept volumineux *albums* complets (1).

Nous avons fait dresser par M. Sollier et imprimer par les enfants le *Catalogue* du musée que chaque année nous tenons au courant. Aussi les visiteurs, qui le désirent, peuvent-ils avoir tous les renseignements précis sur chacune des pièces.

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Comme les années précédentes, cet enseignement a été dirigé, en 1893, par MM. Leroy pour la *menuiserie*, Allène pour la *couture*, Bénard pour la *serrurerie*, Dumoulin pour la *cordonnerie*, Mercier pour la *brosserie*, Morin pour la *vannerie*, le *paillage* et le *cannage* des chaises, Maréchallat pour l'*imprimerie*, Perthuis pour le *jardinage*. La création de ce dernier emploi, que nous réclamions depuis longtemps, date du 5 octobre 1892.

De même aussi que les années précédentes, nous ne pouvons que les féliciter tous, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à donner l'instruction professionnelle aux enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur imprimer. Bien des fois, répèterons-nous, nous avons insisté auprès de l'Administration pour qu'elle les en récompense, en accordant une suite favo-

(1) Nous profitons de l'occasion pour remercier de nouveau nos collaborateurs, MM. Hubert et Hurel, qui apportent le plus grand soin à l'exécution des photographies et des moulages.



ATELIERS	DATE DE L'OUVERTURE	1888		1889		1890		1891		1892		1893	
		Nombre d'apprentis au 31 décem.	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décem.	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décem.	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décem.	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décem.	Valeur de la main-d'œuvre
Menuiserie	16 sept. 1882	32	6467 80	23	6209 »	21	6343 »	24	5853 50	22	5386 35	20	5030 60
Serrurerie	16 janvier 1884	17	4568 »	17	462 »	11	3416 »	11	4123 »	14	4152	15	3709 »
Vannerie	20 octobre 1884	12	2112 80	11	1940 20	12	3020 10	19	3426 60	22	3159 45	21	2515 25
Rempaillage ...	16 janvier 1885	15	236 75	19	262 25	14	394 50	10	571 »	10	733 50	9	500 75
Couture	8 octobre 1883	70	5417 70	72	6391 40	61	6859 50	64	6800 45	64	5942 50	57	6148 35
Cordonnerie	8 octobre 1883	36	2412 65	34	2655 75	38	2963 25	13	3119 »	38	3568 75	52	3821 50
Brosserie	26 novemb. 1888	2	48 »	8	2857 60	9	3882 50	7	3884 20	9	4388 80	11	6096 80
Imprimerie	8 juin 1889	»	» »	3	974 »	13	3054 05	14	3985 »	13	6911	13	5844 »
	Totaux. . .	184	21263 70	187	21752 20	179	29932 90	162	31762 75	192	34242 35	198	33666 25

En 1884, il y a eu 91 apprentis et leur travail a été évalué à 13.775 fr. — En 1885, il y a eu 107 apprentis et leur travail évalué à 16 074 fr. — En 1886, le nombre des apprentis était de 159, et leur travail évalué à 17,876 francs. — En 1887, le nombre des apprentis était de 197 et leur travail évalué à 31.102 fr. 30:

rable à la demande que nous lui avons adressée, afin de les faire admettre successivement à jouir de la *pension de repos* qu'elle accorde *aux agents du personnel secondaire*. Nous avons aussi renouvelé cette proposition lors de la visite de la commission du Conseil général. Nous y revenons encore, convaincu que M. Peyron trouvera le moyen de réaliser, en faveur de nos maitres de l'enseignement professionnel; leur admission à la pension de repos ou de leur accorder l'équivalence. Le tableau précédent (p. XXI) met en évidence les résultats obtenus grâce à leurs efforts.

Ce tableau ne renferme pas l'évaluation des travaux du *jardinage*. Il s'agit là d'une appréciation un peu difficile, mais nous pensons qu'il est de l'intérêt de l'Administration d'en donner une, au moins approximativement.

Les sept maîtres (non compris le jardinier) sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50. Cette somme étant déduite de celle du travail des enfants (43.783 fr.), il reste un bénéfice de 27.176 fr. L'évaluation du travail a été faite, non par nous qui sommes incompétent, mais par l'inspecteur du service d'architecture M. Delahaye, et par M. Husson, économe. Le travail des enfants couvre : 1° la dépense occasionnée par le salaire de leurs maîtres; 2° l'intérêt du capital (210.000 fr.). Nous n'insisterons pas davantage cette année sur l'enseignement professionnel, nous renvoyons le lecteur au *Compte-rendu* de 1892 (p. XXI-XXII). Nous ajouterons toutefois qu'il y aurait un réel intérêt au point de vue des malades et au point de vue de l'Administration, à ce que nos anciens malades, passant dans les sections d'adultes, reçoivent un meilleur accueil dans les ateliers de l'Hospice.

III.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1893 il restait dans le service 445 enfants idiots, imbéciles et épileptiques dits aliénés et 26 réputés non aliénés, soit 471, sur ce chiffre 5 enfants sont affectés de *surdi-mutité* et 11 de *cécité*. Signalons les *ruminants* au nombre de 18. Voici le mouvement de la population en 1893.

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.	TRANSFERTS.	ÉVASIONS.
Janvier	12	2	2	»	»
Février	10	1	5	1	3
Mars	10	1	2	»	»
Avril	10	5	1	1	»
Mai	13	2	5	2	»
Juin	17	1	»	»	»
Juillet	18	1	»	»	2
Août	7	»	3	»	»
Septembre	9	1	2	»	»
Octobre	4	1	6	»	»
Novembre	8	»	6	»	»
Décembre	4	»	1	»	»
Totaux	122	15	33	4	5

Décès. — Ils ont été au nombre de 15, nombre inférieur à celui des années précédentes bien que l'effectif de la population ait augmenté. Le tableau ci-après donne le diagnostic, la date et la cause du décès ainsi que quelques-unes des particularités présentées par les malades.

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Desha.........	14 ans 1/2.	Idiotie ; méningo-encéphalite.	8 janvier.
Montei.......	7 ans.	Épilepsie.	25 janvier.
Lou...........	10 ans.	Microcéphalie.	19 février.
Lallema.......	14 ans 1/2.	Épilepsie.	4 mars.
Dug...........	11 ans.	Idiotie congénitale.	4 avril.
Lapoussi......	11 ans.	Idiotie méningitique.	8 avril.
Coppi.........	5 ans 1/2.	Idiotie.	16 avril.
Hilai..........	17 ans 1/2.	Épilepsie, démence.	17 avril.
Esse..........	2 ans.	Hydrocéphalie ; cécité.	26 avril.
Fara..........	16 ans	Épilepsie, démence, méningo-encéphalite.	9 mai.
Leve..........	19 ans.		24 mai.
Gasma........	16 ans 1/2.	Imbécillité. Épilepsie, démence.	16 juin.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie.	Méningo-encéphalite chronique. — Épaississement et adhérences de la pie-mère. — Atrophie des circonvolutions frontales, avec sclérose. — Broncho-pneumonie.
Etat de mal.	Tumeur cérébrale, congestion pulmonaire. — Persistance du thymus. — Adhérences du foie au diaphragme.
Pneumonie gauche au 3e degré.	Persistance du thymus. — Sclérose du lobe occipital droit. — Sclérose corticale.
Accès épileptique.	Persistance du thymus. — Adhérences disséminées de la pie-mère sur l'hémisphère droit.
Congestion pulmonaire.	Persistance du thymus. Anomalies considérables des circonvolutions. — Ecclymoses des deux hémisphères.
Granulie.	Méningite ; épaississement de la pie-mère. — Sclérose du lobe droit du corps thyroïde.
Tuberculose pulmonaire ; cachexie générale.	Adhérences de la dure-mère à la pie-mère ; quelques adhérences de la pie-mère ; absence des olives. — Poumon droit : zone de ramollissement tuberculeux au sommet.
Congestion pulmonaire.	Épaississement chronique des méninges de la convexité. — Congestion pulmonaire.
Broncho-pneumonie.	Plagiocéphalie. — État vésiculeux du cerveau. — Congestion rénale. — 960 gr. de liquide céphalo-rachidien. — Petits calculs du rein gauche. — Broncho-pneumonie. — Adhérences considérables de la dure-mère aux os. — Conformation bizarre des clavicules.
Congestion pulmonaire.	Adhérences nombreuses de la pie-mère, plus prononcées à droite qu'à gauche.
Néphrite, urémie, gros rein blanc.	Œdéme de la moelle épinière, congestion pulmonaire, gros rein blanc, aspect chagriné des circonvolutions.
Asphyxie par corps étranger.	

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Guibli.........	16 ans.	Imbécillité.	7 juillet.
Baude	17 ans 1/2	Épilepsie héréditaire.	27 septemb.
Mare..........	13 ans.	Épilepsie.	18 octobre.

Évasions. — Les évasions ont été au nombre de cinq : Loutre... évadé deux fois, Ringsdor... Berthia... et Guéri...

Sorties. — Des malades sortants, 5 sont passés dans les divisions de l'hospice, ne présentant plus d'accès ou étant suffisamment améliorés, au point de vue mental pour vivre en liberté, mais étant atteints de maladies ou d'infirmités incurables, 20 ont été dirigés sur les autres sections de la division des aliénés, soit comme épileptiques, soit comme idiots ou imbéciles incapables d'être mis en liberté. Le tableau ci-après (p. XXVIII) indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteints nos malades.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Cachexie progressive; tuberculose.	Légères adhérences de la dure-mère au crâne. — Adhérences disséminées sur les deux hémisphères, légère dilatation ventriculaire. — Aspect gélatiniforme de l'encéphale. — Persistance du thymus. — Corps thyroïde très peu volumineux.
Etat de mal épileptique.	Consistance molle du cerveau. — Nombreuses adhérences disséminées sur les deux hémisphères. — Accollement des sillons. — Corps thyroïde, pas de pyramide de Lalouette.
Congestion pulmonre.	Fortes adhérences de la dure-mère au crâne. — Couleur chair de saumon des circonvolutions.

Transferts. — Ils ont été au nombre de quatre, concernant les enfants Web.., Thibau.., Dupeche.., à Clermont et de l'enfant Chira... à Roanne. Ils s'appliquent à des enfants dontles parents habitent Paris, mais qui sont nés dans les départements. Les demandes des préfets ont été plus nombreuses; des familles ont préféré reprendre leurs enfants que de les laisser partir loin d'eux....

Population au 31 *décembre* 1893. — Il restait à cette date dans le service 512 enfants se décomposant ainsi : 494 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits aliénés, et 28 réputés non aliénés. Sur ce nombre 14 sont atteints de surdi-mutité, 12 de cécité, 18 de rumination, 85 sont gâteux, 81 hémiplégiques, 25 baveux, 34 onycophages, 3 déchireurs d'ongles.

NOMS.	AGES.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Mare.......	18 ans.	Imprimeur	Épilepsie.	Passé aux adultes (5e 3e) le 1er janvier amélioré, sorti de l'asile depuis.
Vass.......	14 ans 1/2.	—	Épilepsie ; débilité mentale.	Rendu à sa mère qui le réclame, le 16 janvier, amélioré.
Linde......	17 ans.	Brossier	Épilepsie ; déchéance.	Rendu à sa mère qui le réclame, le 29 janvier.
Millag......	19 ans.	Tailleur	Imbécillité avec hémiplégie spasmodique.	Passé aux adultes (5e 2e) le 2 février.
Laruell.....	19 ans.	—	Imbécillité.	Passé à la 5e 1e le 2 février.
Genss......	19 ans.	—	Épilepsie; déchéance.	Passé à la 5e 3e le 6 février.
Webe......	17 ans.	Rempailleur	Imbécillité légère; cécité.	Transféré à l'asile de Maréville le 7 février.
Girou......	23 ans.	—	Idiotie.	Passé à la 5e 2e le 17 février.
Lugu.......	17 ans 1/2.	Menuisier	Arriération intellectuelle; hébéphrénie.	Rendu à sa mère qui le réclame, le 20 février.
Stoffe......	12 ans.	—	Arriération congénitale, méningite, idiotie consécutive; syphilis; ulcérations des oreilles, du nez et de la lèvre supérieure; malformations consécutives.	Amélioration considérable. Rendu à sa mère qui le réclame le 23 février.

Vida.......	12 ans.	Cordonnier	Imbécillité congénitale.	Amélioration très notable. Rendu à sa mère qui le réclame le 24 février.
Catonn.....	17 ans.	—	Idiotie congénitale; arrêt du développement des circonvolutions.	Rendu à sa mère qui le réclame pour le placer dans un asile de la Nièvre le26 février.
Benneto....	23 ans.	Serrurier	Arriération intellectuelle et instabilité mentale. Insuffisance et rétrécissement aortiques.	Passé aux vieillards le 19 février. — Amélioration notable.
Perri.......	24 ans.	Tailleur	Imbécillité prononcée.	Passé aux vieillards le 19 février. — Amélioration très considérable.
Bénar......	21 ans.	Serrurier	Epilep. guérison des accès; instabilité mentale; sclérose en plaques prédominant à droite.	Passé aux vieillards le 10 mars.
Barou......	20 ans 1/2.	Tailleur	Hémiplégie incomplète droite arriération intellectuelle.	Passé aux vieillards le 22 mars. Amélioration notable.
Lucro......	19 ans.	—	Imbécillité et épilepsie hémiplégique gauche symptomatique d'une atrophie cérébrale.	Passé à la 5e 3e le 30 mars.
Gayo.......	19 ans.	Menuisier	Imbécillité congénitale; instabilité mentale; kleptomanie. alcoolisme.	Défalqué le 30 mars pour s'engager à Nancy (59e ligne). Amélioration.
Thibau.....	10 ans.	—	Imbécillité.	Transféré à Clermont (Oise) le 1er avril.
Clave......	13 ans.	—	Imbécillité avec perversion des instincts.	Rendu à sa mère qui le réclame le 11 avril ; amélioration légère.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Bupeche ...	15 ans.	Vannier	Épilepsie.	Transféré à Clermont le 2 mai.
Pamelie....	14 ans.	Imprimeur	Épilepsie idiopathique.	Rendu à son père qui le réclame le 17 mai. — Amélioration notable; diminution des accès.
Chira.......	16 ans.	Cordonnier	Épilepsie et débilité mentale consécutives à une explosion de grisou.	Transféré à Roanne, le 19 mai. Même état.
Dalg.......	14 ans.	Imprimeur	Hébéphrénie; imbécillité morl[e].	Réclamé par sa famille le 19 mai. Amélioré.
Garre......	9 ans.	—	Imbécillité hydrocéphalique.	Réclamé par sa mère le 24 mai. Même état.
Thirau......	20 ans.	Vannier	Imbécillité; épilepsie déchéance.	Passé aux adultes (5e 3e) le 27 mai.
Guillaumo..	13 ans.	—	Épilepsie; paraplégie; accès de colère, pyromanie.	Rendu à sa mère qui le réclame le 16 mai. Même état.
Pottie......	18 ans.	Cordonnier	Instabilité mentale.	Rendu à son père qui le réclame le 17 juin. Amélioration.
Le Ro......	19 ans.	—	Épilepsie.	Passé aux adultes le 26 mai (5e 3e)

Massero....	19 ans.	Tailleur	Idiotie congénitale; kleptomanie.	Passé aux adultes (5e 2e) le 10 juillet.
Durpoi.....	19 ans	Serrurier	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e le 19 juillet. Amélioration légère.
Cartero	19 ans.	—	Idiotie; traumatisme.	Passé aux adultes (5e 1re) le 25 juillet.
Hornic.....	25 ans.	—	Idiotie.	Passé à la 5e 2e le 27 juillet.
Soléan	15 ans.	Menuisier	Arriération intellectuelle congénitale aggravée par des accidents méningitiques.	Amélioration très sensible; sorti le 4 août.
Amblar.....	17 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Rendu à son père qui le réclame le 6 août. Même état.
Ga.........	18 ans.	Jardinier.	Imbécillité et instabilité mentale; déformation pupillaire.	Amélioration; rendu le 8 août à sa mère qui le réclame.
Maa........	18 ans.	Serrurier	Imbécillité, instabilité mentale avec perversion des instincts.	Passé aux adultes (5e 2e) le 12 août. Sorti depuis de l'asile.
Mainfra....	18 ans.	Cordonnier.	Épilepsie; déchéance	Passé aux adultes (5e 3e) le 21 août.
Vilmai.....	20 ans.	Tailleur	Atrophie cérébrale; imbécillité; hémiplégie droite; épilepsie guérie.	Passé aux adultes (5e 2e) le 6 septembre.
Mitou......	18 ans	Rempailleur	Imbécillité prononcée; cécité.	Passé aux adultes (5e 1re) le 7 septembre.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Rolli......	—	—	Imbécillité morale.	Rendu à sa mère qui le réclame le 14 septembre. Même état.
Gœur......	4 ans	—	Idiotie.	Sorti le 16 septembre. Même état.
Forhan......	19 ans.	Menuisier.	Arriération et épilepsie.	Passé aux adultes (5e 3e), le 23 septembre : Amélioration.
Troubl......	3 ans.		Idiotie.	Sorti le 3 octobre : Même état.
Merle......	18 ans 1/2	Menuisier.	Épilepsie; imbécillité avec instabilité mentale; hémiparésie gauche.	Passé aux adultes (5e 2e) le 6 octobre; disparition des accès depuis décembre 1888 : Amélioration.
Bian......	6 ans.	-	Imbécillité prononcée; cécité.	Rendu à son père qui le réclame le 6 octobre; Même état.
Ba......	13 ans.		Épilepsie.	Rendu à sa mère qui le réclame le 11 octobre : Amélioration; pas d'accès depuis 4 mois.
Merme......	17 ans.	Tailleur.	Épilepsie.	Rendu à sa mère qui le réclame le 13 octobre : Même état.
Guérea......	18 ans.	Serrurier.	Imbécillité congénitale; microcéphalie.	Rendu à sa mère qui le réclame le 20 octobre : Amélioration.

Ametté	18 ans.	Vannier.	Épilepsie idiopathique.	Rendu à sa mère qui le réclame le 22 octobre : Amélioration, pas d'accès depuis un an.
Maréca	18 ans.	Menuisier.	Instabilité mentale ; perversion des instincts.	Passé aux adultes (5e 1e) le 24 octobre : Même état.
Susméo	14 ans.	Brossier.	Épilepsie vertigineuse.	Rendu à ses parents le 1er novembre : Amélioration.
Goye	17 ans.	Menuisier.	Imbécillité symptomatique de sclérose cérébrale.	Rendu à sa mère qui le réclame le 3 novembre : Amélioration.
Declerc	12 ans.	—	Canchemars ; br. de camphre.	Rendu à sa mère qui le réclame le 6 novembre : Même état.
Saré	16 ans.	Serrurier.	Arriération intelle et hystérie.	Rendu à sa mère 7 novembre.
Meye	5 ans.	—	Imbécillité, strabisme.	Rendu à sa mère qui le réclame le 10 nov. : Même état, réintégré depuis.
Corbena	22 ans.	—	Idiotie symptomatique de sclérose. Épilepsie.	Passé aux adultes le 10 novembre : Même état.
Béna	11 ans.	—	Épilepsie.	Rendu à sa mère qui le réclame le 30 novembre. Amélioration sensible.
Guéri	17 ans.	—	Débilité mentale et perversion des instincts.	Sorti le 16 décembre : Même état.

Le tableau ci-après donne des renseignements sur l'état du *thymus* et de la *glande thyroïde* chez les décédés de 1893.

DIAGNOSTIC.	NOMS ET SEXE.		AGE.	THYMUS.	GLANDE THYROIDE
Idiotie, méningo-encéphalite..........	Deshay...,	garçon	14 ans 1/2	Pas	12 gr.
Épilepsie, tumeur cérébrale...........	Monte...	—	7 ans 1/2	20 gr.	25 gr.
Microcéphalie..........................	Loui...	—	10 ans	Quelques traces	10 gr.
Épilepsie..............................	Lallem...	—	14 ans 1/2	35 gr.	10 gr.
Idiotie, cécité........................	Dug...	—	11 ans (?)	Moins de 5 gr.	15 gr.
Idiotie méningitique	Lapoussi...	—	11 ans	Pas	5 gr
Idiotie	Coppi...	—	5 ans 1/2	Pas	18 gr.
Épilepsie démence	Hilaire...	—	17 ans 1/2	Pas	25 gr.
Hydrocéphalie..........................	Essert...	—	2 ans	Pas	Moins de 5 gr.
Épilepsie, démence, méningoencéphalite	Farard...	—	16 ans	?	20 gr.
Imbécillité............................	Leveuf...	—	18 ans	Moins de 5 gr.	32 gr.
Épilepsie, démence.....................	Gasmann...	—	16 ans 1/2	Pas	20 gr.
Imbécillité prononcée	Guiblin...	—	16 ans	10 gr.	5 gr.
Épilepsie héréditaire	Baudey...	—	17 ans 1/2	Pas	15 gr.
Épilepsie	Marey...	—	13 ans	?	12 gr.
Idiotie	Martin...,	fille	3 ans		
Idiotie myxœdémateuse	Beyné...	—	21 ans	Pas	Pas
Idiotie................................	Musin...	—	3 ans		5 gr.
Imbécillité	Maurice...	—	7 ans	Pas	12 gr.

Personnel du service en 1893. — Le personnel était ainsi composé : 1° pour le *service médical :* de 2 internes titulaires, MM. P. Boncourt et Bellot, d'un interne provisoire, M. Lenoir et de M. Sollier, conservateur du musée pathologique ; — 2° pour le *service scolaire :* a) *Grande école :* d'un instituteur, M. Boutillier, et de deux instituteurs adjoints, MM. Mesnard et Landosse ; de deux moniteurs, administrés de l'hospice, d'un professeur de chant, M. Pény ; d'un professeur de gymnastique, M. Goy; d'un maître d'escrime, M. Gauvain ; d'un suppléant, M. Acard et de trois infirmiers dont un ayant le grade de premier infirmier. — *b) Petite école :* de Mlle Blanche Agnus, surveillante, de Mlle Amandine Bohain, sous-surveillante, de Mmes Givalois et Malabre, suppléantes ; d'une 1re infirmière, Mme Grizard, chargée du pavillon d'isolement ; de 9 infirmières de dortoirs qui, quand elles ont fini leur besogne, viennent aider les maîtresses d'école ; en outre, cinq infirmières n'ayant pas de dortoirs sont affectées aux soins et à l'enseignement des enfants de la petite école. — 3° pour *l'enseignement professionnel* de huit maîtres dont nous avons donné les noms plus haut ; plus un infirmier de garde ; — 4° pour le *service hospitalier :* de M. Agnus, surveillant ; de M. Siégel, sous-surveillant ; de Mme Bié, sous-surveillante (bâtiment des gâteux) ; de Mlle Athénaïs Bohain, sous-surveillante (infirmerie) ; de Mme Gladel, suppléante de nuit ; de deux suppléants, M. Givalois (baigneur), et M. Malençon, attaché au musée, d'un premier infirmier (portier), de 27 infirmiers et 25 infirmières de jour ou de nuit, d'un perruquier ; total du personnel secondaire : 84.

Dénomination des pavillons. — Nous avons proposé à M. Peyron, directeur de l'Assistance publique qui les a acceptées les dénominations suivantes pour les différents pavillons de notre service : 1er, Delasiauve ; 2e, Ferrus ; 3e, Belhomme ; 4e, F. Voisin ; 5e, Séguin ;

6e, J.-P. Falret ; 7e, Wilbur ; 8e, Guggembühl ; 9e, Itard. Ces noms sont ceux de médecins qui tous se sont occupés de l'hospitalisation, du traitement et de l'éducation des enfants idiots et arriérés.

SECTION II : **Fondation Vallée.**

Histoire du service pendant l'année 1893.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Au début de l'histoire de la Fondation Vallée pendant l'année 1892, nous exprimions déjà le regret que les nécessités du service aient obligé l'Administration à augmenter la population de cette Fondation au-delà des limites extrêmes qui avaient été fixées d'un commun accord à CENT enfants au maximum. Le mal s'est empiré durant l'année 1893 dans une proportion vraiment démesurée. En effet, au 31 décembre de cette année, la population de la Fondation avait atteint le chiffre de 131 enfants. D'où il suit qu'elles n'ont dans leur dortoir qu'un cube d'air tout-à-fait insuffisant et de beaucoup inférieur à celui qu'exige non seulement l'hygiène, mais encore les prescriptions administratives. La présence à la Fondation Vallée d'un nombre assez considérable de petites filles gâteuses (47), contrairement aussi au Règlement primitif qui, assimilant la Fondation à la Colonie de Vaucluse, en excluait les gâteuses et les épileptiques, contribue à aggraver sérieusement les inconvénients qui résultent de l'insuffisance du cube d'air (1).

---

(1) Voir les *Procès-verbaux* de la *Commission de surveillance de* 1893, p. 6, 359, 411.

Ainsi que nous l'avons dit l'an dernier les *enfants idiotes et gâteuses* INVALIDES ont été isolées des autres; mais les locaux qu'elles occupent laissent beaucoup à désirer. Nous ne reviendrons pas sur l'organisation de

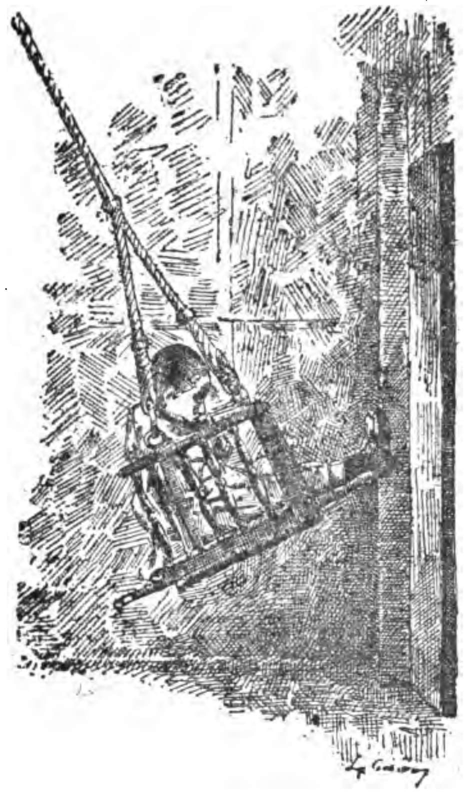


Fig. 6.

ce petit service confié à une femme qui s'en occupe avec un réel dévouement que nous avons été heureux de signaler à l'administration. Nous nous bornerons à rappeler qu'à toutes les filles qui ne marchent pas, on

fortifie les membres inférieurs à l'aide de la *balançoire tremplin* (*Fig.* 6); puis qu'on leur apprend à se

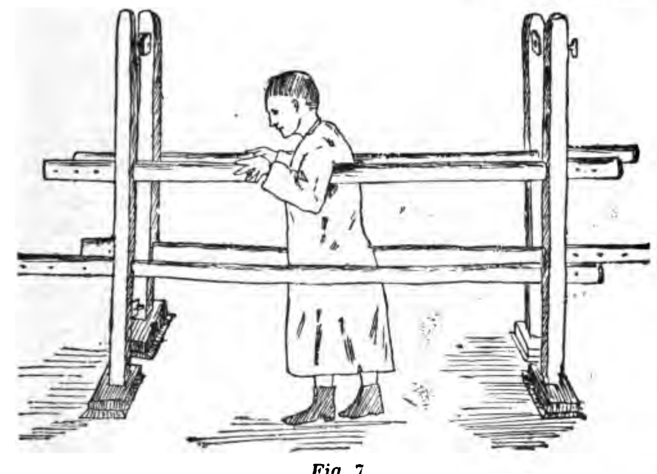


Fig. 7.

tenir debout à l'aide des *barres parallèles* (*Fig.* 7);



Fig. 8.

ensuite à marcher soit à la main, soit avec le chariot; enfin à sauter au moyen d'un *escabeau* (*Fig.* 8) à mar-

-ches rapprochées. Dès qu'elles savent marcher, elles sont envoyées, quoique gâteuses, à l'école et soumises aux exercices de la gymnastique Pichery.

Enseignement primaire. — Il est confié exclusivement à des femmes, sous l'habile et intelligente direction de Mlle Langlet, surveillante. Les procédés employés sont les mêmes qu'à la section de Bicêtre. Tout le matériel est identique. Les *leçons de choses* sont multipliées autant que possible et complétées par des promenades dans le domaine et les environs. Les enfants assistent à toutes les opérations du jardinage, participent à la récolte des légumes et des fruits.

134 enfants ont fréquenté l'école et ont suivi les exercices de la gymnastique Pichery. 50 ont suivi les exercices de la grande gymnastique (mouvements, appareils, etc,). M. Goy, maitre de gymnastique de Bicêtre, vient régulièrement tous les jeudis donner une leçon afin de dresser le personnel et de s'assurer de la régularité des exercices, qui sont faits deux autres fois par semaine sous la conduite de Mlle Langlet. — 47 enfants savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau; 46 de la cuiller et de la fourchette; 1 de la cuiller; 18 enfants ne savent pas manger seules.

Nous avons introduit dans l'enseignement pratique, plusieurs moyens nouveaux : 1° pour compléter les petits moyens usités à Bicêtre depuis longtemps et à la Fondation depuis son ouverture, servant à apprendre aux enfants à *boutonner (Fig.* 9 et 10), à *nouer,* à *lacer (Fig.* 11), nous avons imaginé un petit appareil qui sert aux filles à s'exercer à *agrafer* (*Fig.* 12) et nous avons obtenu de M. Pinon, directeur, et de M. Husson, économe, l'achat d'un *mannequin* sur lequel les filles s'exercent à l'habillement.

A tous les procédés destinés à l'*éducation de la*

main, nous en avons ajouté de nouveaux, représentés sur la *Fig.* 13, et qui préparent les enfants à apprendre à coudre.

Enseignement professionnel. — Nos efforts constants tendent, à cet égard, à apprendre aux enfants tout ce qui est nécessaire pour en faire autant que possible

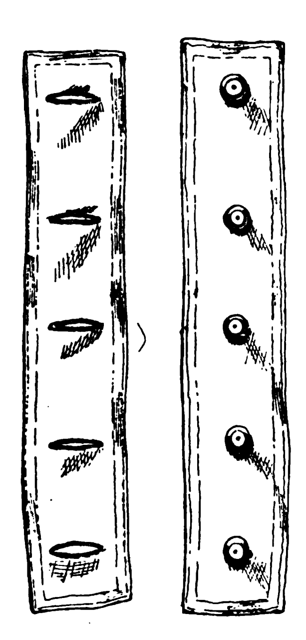



Fig. 9. —Boutonnement.

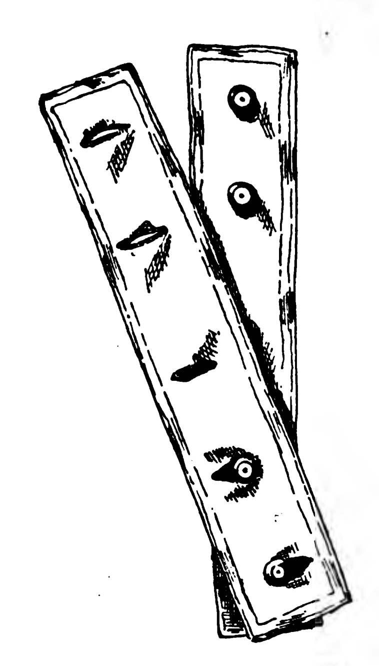


Fig. 10. — Boutonnement.

de bonnes ménagères. Le matin, après leur toilette, on leur enseigne à faire leur lit, à entretenir proprement leur dortoir. Elles mettent et retirent le couvert, lavent la vaisselle. Dix des moins arriérées aident le personnel à apprendre à manger aux enfants incapables de manger seules. Les *deux ateliers* que nous

possédons, couture et repassage, ont bien fonctionné comme par le passé.

27 enfants ont fréquenté régulièrement, pendant 3 heures, chaque jour, l'atelier de repassage; 5 enfants y vont quotidiennement durant un temps variant d'une à 2 heures, suivant leur état intellectuel. 31 enfants, en fin d'année, travaillaient à l'atelier de couture régulièrement tous les jours, pendant 4 heures; 19 enfants y sont venues de 1 heure à 2 heures chaque jour.



Fig. 11. — Lacement.

Le travail, évalué par M. Bru, économe de Bicêtre, d'après les tarifs de cet établissement, s'est élevé à 853 francs pour l'atelier de couture, dirigé par Mme Ehrmann, et à 1.429 francs pour l'atelier de repassage, dirigé par Mme Lejeune.

Un certain nombre d'enfants ont appris à faire la layette (8), le crochet (7), à marquer (5), à faire de la tapisserie (25).

MOIS.	NOMBRE DES APPRENTIES.		VALEUR DE LA MAIN-D'ŒUVRE.	
	COUT.	REPASS.	COUTURE.	REPASSAGE.
			fr. c.	fr. c.
Janvier	22	22	32 75	58 »
Février	23	23	51 25	105 65
Mars	23	23	144 25	103 90
Avril	23	23	61 »	114 90
Mai	23	23	61 50	95 55
Juin	24	24	62 50	151 90
Juillet	26	26	76 »	135 30
Août	29	26	52 »	134 »
Septembre	29	26	51 »	147 10
Octobre	30	27	83	143 40
Novembre	30	27	95 60	134 50
Décembre	31	27	82 50	105 20
TOTAUX	......	......	853 35	1429 40
TOTAL GÉNÉRAL	......	......	2.282 75	

Visites, permissions de sortie et congés. — Les enfants ont reçu 2334 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 3881.

Permissions de sortie d'un jour	14
Congés de 2 jours	9
— 3 —	11
— 4 —	6
— 5 —	54
— 8 —	85
— 12 —	1
— 15 —	183

Revaccinations. — Elles ont été au nombre de 35 dont 2 infirmières.

Bains et hydrothérapie. — Les bains, les douches,

la gymnastique, les médicaments anti-scrofuleux et les préparations bromurées, spécialement l'élixir polybromuré d'Yvon ont continué à être la base du traitement pendant l'année 1893. Les bains sont donnés à la Fondation. Des bidets permettent de procurer les soins de propreté aux enfants gâteuses et aux jeunes filles pubères. Les enfants valides vont prendre leurs dou-

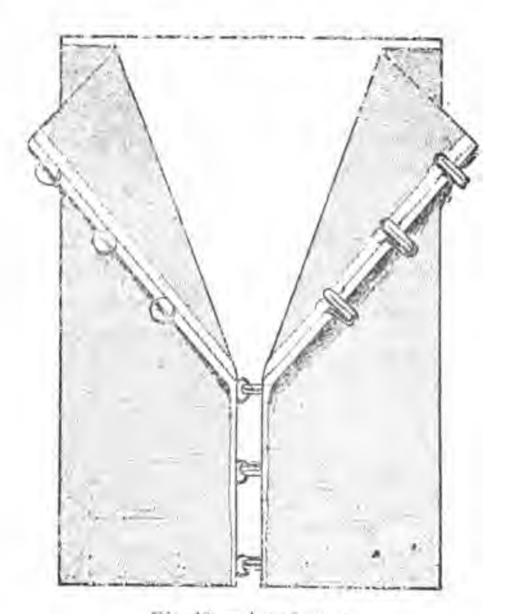


Fig. 12. — Agrafement.

ches dans la section des enfants de Bicêtre et les enfants invalides les prennent à la Fondation même. — Les bains de pieds sont également donnés à Bicêtre, où il existe, comme nous l'avons déjà dit, une installation rendant facile le lavage simultané des pieds d'un grand nombre de malades. Voici la statistique des bains et des douches en 1893 :

Bains simples........................	4.535
— salés............................	908

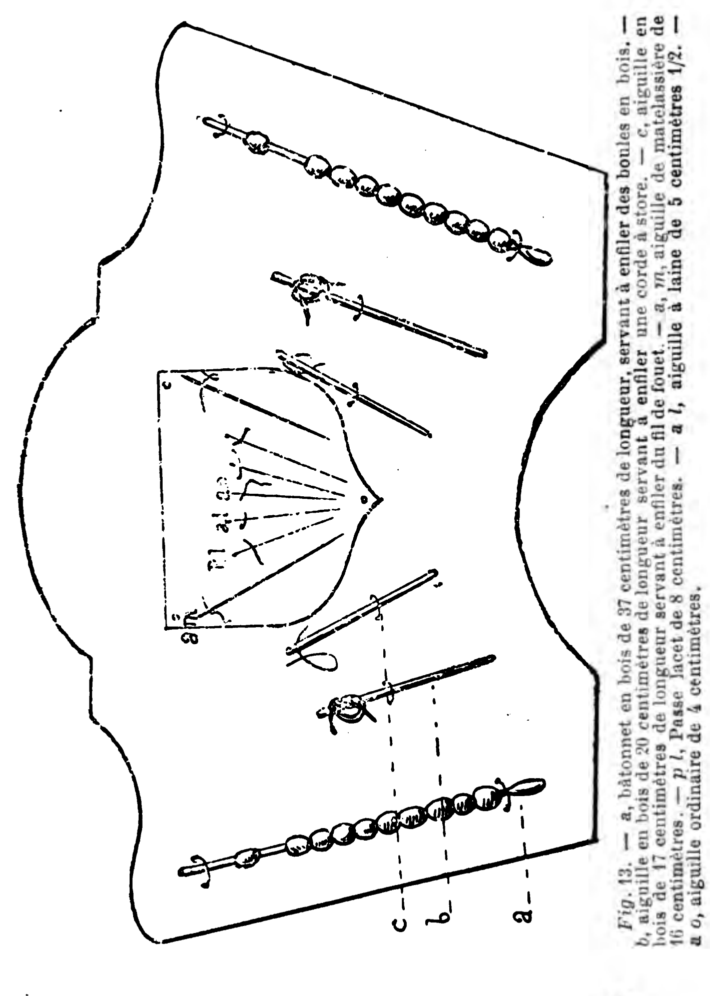


Fig. 13. — *a*, bâtonnet en bois de 37 centimètres de longueur, servant à enfiler des boules en bois. — *b*, aiguille en bois de 20 centimètres de longueur servant à enfiler une corde à store. — *c*, aiguille en bois de 17 centimètres de longueur servant à enfiler du fil de fouet. — *a*, *m*, aiguille de matelassière de 16 centimètres. — *p l*, Passe lacet de 8 centimètres. — **a *l*, aiguille à laine de 5 centimètres 1/2.** — *a o*, aiguille ordinaire de 4 centimètres.

Bains d'amidon......................	574
Total.....	6.017

Douches à Bicêtre	8.790
— à la Fondation	6.310
Total	15.100
Bains de pieds	2.492

Promenades. — Les promenades ont lieu le mardi et le vendredi soit à Paris (Montsouris, Foire aux pains d'épices, Manufacture des Gobelins, square Cluny, place Monge, Luxembourg, Jardin des plantes, etc.), soit aux environs (Gentilly, Villejuif, L'Hay, Jardin d'acclimitation, Bois de Vincennes, route de Choisy, etc.). Le nombre des enfants qui assistent à ces promenades varie de 30 à 70.

Distractions. — Les petites filles de la fondation Vallée ont participé à la distribution des jouets qui a été faite aux enfants de Bicêtre le 1er janvier, aux promenades et au bal déguisé qui ont eu lieu (avec les garçons de Bicêtre) au mardi gras et à la mi-carême. De même que les années précédentes, les petites filles valides de la Fondation ont assisté à toutes les fêtes données à Bicêtre et aux matinées dramatiques organisées par les garçons, etc..., au concert de la fête du 14 juillet. 12 enfants des plus grandes ont assisté à la distribution des prix aux infirmières et 50 au concert des frères Lionnet.

Chauffage. — Le chauffage a été suffisant pendant l'année 1893 grâce à la reconstruction du calorifère qui était prêt pour le commencement de l'hiver (novembre 1892).

Améliorations diverses. — L'ouvroir a été doté d'une machine à coudre, d'une vitrine et d'un comptoir ; on a transformé les portes pleines des dortoirs en portes vitrées; on a posé du linoléum dans les sal-

les des gâteuses et transformé le fauteuil de ces enfants en fixant les coussins, qui, auparavant, étaient mobiles et avaient l'inconvénient de se déplacer dans les mouvements des enfants.

Maladies épidémiques. — L'enfant Duth... est entrée à la Fondation avec la coqueluche qu'elle avait contractée durant un congé dans sa famille ; trois autres enfants ont été prises successivement : Imber., Deny.., Gauche....

Teigne. — Les enfants Dewilde.., Garnie.., Legal... ont été envoyées au pavillon d'isolement pour la teigne et en sont sorties guéries dans le courant de l'année.

Maladies intercurrentes. — Elles ont été rares : états de mal épileptique suivis de décès, 2 ; méningite cérébro-spinale, 1 ; — affection du cœur, 1 ; — arthropathie du genou, 1 ; — méningite, 1 ; — broncho-pneumonie, 1 ; — œdème de la glotte avec décès, 1.

Les enfants atteintes de *maladies contagieuses* ont été soignées au pavillon d'isolement de la section de Bicêtre sans qu'il ne soit surgi aucun inconvénient du mélange des sexes.

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1893, il restait à la Fondation 112 enfants se répartissant ainsi :

Épileptiques	26
Idiotes et imbéciles	86
Total	112

Sur ce nombre, 43 sont gâteuses, 2 sont atteintes de surdi-mutité et 2 de cécité. Voici maintenant le mouvement de la population en 1893 :

MOIS.	ENTRÉES.	SORTIES.	DÉCÈS.	TRANSF.
Janvier	1	»	»	»
Février	1	»	»	»
Mars	»	»	3	1
Avril	2	1	»	»
Mai	4	1	»	»
Juin	4	»	»	»
Juillet	2	»	»	»
Août	4	1	»	2
Septembre	4	1	1	»
Octobre	6	»	»	»
Novembre	4	»	»	»
Décembre	2	2	»	2
Totaux	34	6	4	5

Décès. — Les décès ont été au nombre de quatre. Le tableau ci-contre fournit le renseignements sur le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que sur les principales particularités présentées par les malades (p. XLIX).

Sorties. — Le tableau ci-après indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades (p. L).

Évasions. — Il n'y en a pas eu dans l'année ; d'ailleurs il n'y en a pas eu une seule depuis l'ouverture de la Fondation, en mars 1890.

Transferts. — Il y a eu cinq transferts. Ceux des

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès:	CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Marti ...	3 ans.	Idiotie.	1er mars.	Cachexie progressive.	Adhérences de la dure-mère au crâne. — Aspect gélatiniforme du cerveau. — Sillons très superficiels.
Beyni ...	21 a.	Idiotie myxœdémateuse.	3 mars.	Coqueluche.	Absence de corps thyroïde. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Couleur cireuse de l'encéphale. — Circonvolutions brèves. — Déviation du rachis. — Amas graisseux. — Calculs rénaux. — Pas de corps de Rosenmüller.
Musi	3 ans.	Idiotie congénitale.	11 mars.	Asphyxie par œdème de la glotte.	Aspect saumonné des circonvolutions.
Maur....	7 ans.	Imbécillité.	28 septem.	Congestion pulmonaire.	Aspect gélatiniforme de l'encéphale, légères adhérences disséminées, aspect chagriné. — Emphysème et congestion pulmonaire.

NOMS.	AGE.	MALADIES.	DATE DE LA SORTIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Mex....	18 ans.	Érotomanie; imbécillité.	4 mars.	Transférée à Villejuif; même état.
Enmen.	15 ans.	Chorée avec troubles intellectuels.	25 avril.	Rendue à sa mère qui la réclame; amélioration.
Kensl..	15 ans.	Imbécillité légère et instabilité memtale.	6 mai.	Rendue à sa famille; même état; réintégrée depuis.
Franco.	14 ans.	Idiotie avec hémiplégie gauche symptomatique de sclérose atrophique.	2 août.	Rendue à sa famille, qu'on oblige à payer; amélioration légère.
Meyro..	19 ans.	Épilepsie idiopathique. Déchéance intellectuelle.	2 août.	Transférée à Villejuif; même état.
Jacqu..	9 ans.	Imbécillité, hémiplégie gauche avec athétose et épilepsie symptomatiques.	28 août.	Transférée à la Salpêtrière; amélioration légère.
Granv..	14ans.	Imbécillité. Hémiplégie droite.	21 septemb.	Rendue à sa mère qui la réclame; réintégrée depuis.
Dumo..	18 ans.	Imbécillité.	22 décemb.	Rendue à sa mère qui s'oppose à son passage à Villejuif; même état.
Goub...	19 ans.	Idiotie complète et hémiplégie droite.	26 décemb.	Rendue à sa mère qui ne veut pas la laisser passer aux adultes; même état.
Barthél.	16 ans.	Idiotie, perversion des instincts, impulsions génitales.	30 décemb.	Transférée à Villejuif; même état.
Noire...	16 ans.	Idiotie complète avec impulsions dangereuses d'origine congénitale.	30 décemb.	Transférée à Villejuif: même état.

enfants Mexa.., Barthél.., Noire.. et Meyro.., dirigées sur Villejuif et Jacqu.., sur la Salpêtrière.

Population au 31 *Décembre* 1893. — Il restait à la Fondation 131 enfants se décomposant ainsi :

Épileptiques	32
Hystériques	2
Idiotes et imbéciles	97
Total	131

Sur ce nombre *quarante-sept sont gâteuses,* une est atteinte de surdi-mutité et trois de cécité. On compte en outre : 23 onychophages ; 4 baveuses (Pariso..., Lacalve..., Reyratele..., Verri...) ; 3 hémiplégiques (Laverdur..., Goble..., Duga...).

Personnel. — Il se compose d'un médecin ; d'un interne en médecine, M. Bellot ; d'une surveillante Mlle Langlet ; de quatre suppléantes, Mmes Ehrmann, Croizelle, Thomas, Lapeyre ; d'une première infirmière, Mme Lejeune ; d'un 1er infirmier-portier ; de 7 infirmières de jour et 4 de nuit. Total du *personnel secondaire :* 18. Dans l'année Mlle Lapeyre qui était 1re infirmière a été promue au grade de suppléante (février 1893).

Presque tout notre personnel actuel est là depuis l'ouverture de la Fondation, connait bien les nombreux procédés qui composent le *traitement médico-pédagogique,* se rendant un compte exact de la situation des enfants, enfin : c'est à ce personnel dévoué que nous devons attribuer la plus grande partie des résultats que nous avons obtenus en 1893 de même que les années précédentes.

III.

CONSTRUCTION D'UN BATIMENT DE CENT LITS A LA FONDATION VALLÉE ; RAPPORT PRÉSENTÉ A LA COMMISSION DE SURVEILLANCE (9 mars 1893) ; par le Dr BOURNEVILLE.

MESSIEURS

Le 1er décembre dernier, nous avons eu l'honneur de vous soumettre le programme général de la création, sur le domaine de la fondation Vallée, d'un asile pour 400 jeunes filles idiotes, arriérées ou épileptiques et un exposé sommaire de la construction immédiate d'un bâtiment pour cent enfants. Vous avez adopté les conclusions que nous vous soumettions au nom d'une sous-commission à laquelle le projet que nous allons discuter aurait peut-être dû être renvoyé. Le temps nous a fait défaut pour faire part de cette réflexion à l'Administration, car le dossier de cette affaire ne nous est parvenu que le 4 mars et avis nous était donné d'avoir à faire notre rapport à la séance de ce jour, 9 mars.

Le Conseil général, dans sa séance du 26 décembre, a voté l'inscription au budget départemental de 1893 d'un crédit de 235.000 fr. pour la construction, à la fondation Vallée, d'un pavillon destiné à recevoir cent enfants et, ajoute la lettre de M. Le Roux, directeur des affaires départementales, il a demandé à l'administration de lui faire des propositions lors de sa première session.

En conformité de cette délibération, un projet a été établi par l'architecte des asiles » d'après le programme de la sous-commission adopté par la Commission de surveillance. » Nous verrons s'il en a été réellement ainsi en étudiant les détails du projet.

Conformément aux indications et aux recommanda-

tions faites par la Commission, l'architecte, écrit M. Le Roux, s'est livré, à l'étude comparative des différentes natures de matériaux qui pourraient être employés, en vue d'obtenir une construction à la fois simple et économique. M. l'architecte nous propose de construire le bâtiment de la manière suivante :

« Les murs depuis leurs basses fondations jusqu'à la retraite, à hauteur du sol du rez-de-chaussée, seraient construits en meulières et mortier; les parties en élévation, au-dessus de cette retraite, jusqu'à l'arase de la plate-forme, recevant la charpente du comble, en moellons piqués, et, pour rompre la monotonie, les bandeaux et les arcs des baies seraient en briques apparentes ; la charpente en chêne et sapin ; les planchers en fer, hourdés en briques creuses ; la couverture en tuiles mécaniques, etc. »

A la fin de son rapport, l'architecte, M. Roger, écrit ceci : « Pour répondre au désir de M. le Dr Bourneville, qui demande une construction en fer et en briques apparentes, il a été fait un devis comparatif qui démontre que, si on employait la brique apparente avec l'ossature en fer, il en résulterait une augmentation de dépenses de 8, 468 francs. »

Nous n'avons pas qualité pour discuter les détails du devis comparatif dressé par M. l'architecte. Toutefois, nous devons faire remarquer que, pour la construction du bâtiment dit des musées, dans la section des enfants de Bicêtre, bâtiment composé : d'un rez-de-chaussée pour dortoirs et d'un 1er étage pour les musées, avec pavillons saillants au centre et à l'extrémité,

les devis établis s'élevaient à . . .	268 850 fr. 26
le rabais moyen obtenu a été de 35 fr. 50 0/0	95.441 fr. 85
Ce qui a ramené la dépense à. . .	173.408 fr. 41

Ce bâtiment construit en fer et briques a, croyons-nous, un cube plus grand que le pavillon projeté de la fondation Vallée comme maçonnerie. Nous ajouterons que les devis n'ont pas été dépassés.

M. Le Roux fait remarquer que la dépense prévue aux devis pour une somme de 253.112 fr., 60 a été calculée d'après les prix de la série de la ville de Paris de 1882 et qu'il y a lieu de faire observer que, par suite de l'application des rabais à obtenir, cette somme sera ramenée à un chiffre inférieur au crédit de 235.000 francs, inscrit à titre de prévision au budget de 1893. Il suit de là que même après rabais, si nos renseignements sont exacts, la construction, telle que la propose M. l'architecte, coûterait environ 50.000 francs de plus que la construction similaire du pavillon de Bicêtre en briques et fer.

Ceci dit, sans commentaires, voici comment M. Roger expose les détails de son projet.

Au rez-de chaussée, au centre du pavillon, une seule entrée par un large vestibule donnant accès, en face à l'escalier conduisant au 1er étage; à droite, à un grand réfectoire-ouvroir, d'une surface de 234 mètres superficiels, précédé d'une office et de deux water-closets, isolés par un dégagement ; à gauche, de cinq classes, une grande de 43 m. 35 de surface et quatre autres de chacune 26 m. 65, desservies par une galerie aboutissant au vestibule; pour le service de ces classes, un lavabo, deux water-closets, un vestiaire pour les maîtresses et un cabinet de débarras.

L'escalier conduit au 1er étage, à un palier-vestibule donnant entrée, à droite et à gauche, à deux dortoirs pouvant contenir chacun 24 lits et ayant une surface de 214 m. 50 et 4 m. 50 de hauteur, ce qui donne nn cube d'air de 40 m. c. par lit.

A l'entrée de chaque dortoir, une chambre de surveillante, un cabinet de débarras, un grand lavabo et deux water-closets.

Des sous-sols, dans la partie centale du bâtiment, les calorifères, deux caves et deux fosses fixes, et le reste en terre-plein.

Nous avons à présenter une première remarque au sujet de l'emplacement du pavillon, qui nous parait défectueux et cela pour deux raisons. La première est donnée par M. Le Roux : « Le pavillon, dit-il, qui mesure 76 m. 0 de longueur est placé à environ 13 m. 66 de la limite de la fondation et à 18 m. de distance du bâtiment du gymnase. Il y aurait lieu d'examiner s'il ne conviendrait pas de le repousser de 6 à 7 mètres du côté de la propriété contiguë, appartenant à M. Hervé, de manière à dégager un peu les « bâtiments actuels, placés du côté de la rue Benserade. » Le reculement dans le *sens longitudinal*, que nous venons d'indiquer, nous paraît justifié, moins pourtant à cause du dégagement des anciens bâtiments que pour respecter la belle rangée d'arbres qui constitue l'un des ornements de la Fondation et qui seraient détruits les uns après les autres, par les constructions futures, si on acceptait l'emplacement proposé. Peut-être aussi que ce refoulement, tout en réalisant le but que nous signalons, pourrait être réduit à 3 mètres. C'est là un point à examiner sur place.

En second lieu, nous pensons que le bâtiment devrait être reculé en *arrière* d'environ deux mètres. D'après le projet et le renseignement fourni par M. Le Roux le bâtiment prévu est à 13 m. 66 de l'extrémité du bâtiment principal de la fondation Vallée. Nous demandons qu'il en soit éloigné de 15 mètres. En effet, si on l'édifiait à l'endroit choisi, après avoir détruit l'allée descendante, il faudrait détruire une partie des arbres de l'allée tranversale.

Or, une des préoccupations de votre sous-commission et de votre rapporteur dans l'élaboration du programme général a été de conserver, dans la plus large mesure possible, les arbres qui constituent la beauté de ce domaine et procurent aux enfants un ombrage agréable et bienfaisant. Aussi, vous demandons-nous d'ac-

cepter notre proposition combinée avec celle de M. Le Roux.

M. Le Roux. — L'Administration accepte les modifications proposées par M. le Rapporteur. — Ces modifications sont également adoptées par la Commission.

En ce qui concerne les fondations, des sondages se font en se moment pour s'assurer de la nature du sol. D'après l'examen superficiel qui en avait été fait, on le supposait renfermer un banc de terre glaise. Les puits, creusés déjà à une profondeur de près de 6 mètres, paraissent faire douter de la réalité de cette hypothèse (?). Nous emprunterons le complément des détails de la construction au rapport de M. l'architecte.

La menuiserie des croisées toute en chêne, celle des portes en chêne et sapin, les cloisons du rez-de-chaussée démontables à volonté, en sapin. Les dortoirs et les classes parquetées en chêne de 0,027^{m}.

Les vestibules, les lavabos, les waters-closets, l'office et le réfectoire carrelés en carreaux de ciment et la partie basse des murs dans une hauteur de 1 m. 50 revêtus soit de carreaux céramiques, soit de dalles de ciment mélangé de marbre.

Pour le chauffage, des appareils à eau chaude sous-pression.

La peinture génerale des boiseries, murs et plafonds à l'huile, trois couches.

Les appareils des water-closets seraient à effet d'eau sur fosses fixes, le manque d'eau ne permettant pas pour le moment un autre mode de vidange.

Voici maintenant les critiques que nous avons à présenter.

1° Sous le pavillon à construire on ne prévoit de caves que sous la partie du milieu, le reste sous les classes et réfectoires doit être en terre-plein. Nous croyons qu'il devrait être établi un sous-sol sous les classes et sous les réfectoires, ce que semble permettre la déclivité du sol. Ces sous-sols, dont l'aménage-

ment pourrait-être retardé, serviraient soit de salle de bains de pieds, soit de ciroir, soit de préau, etc.

M. LIÉBAUT. — Il n'y a pas à hésiter. Les classes et les dortoirs ne sauraient être établis sur terre-plein. J'appuie en conséquence la proposition de M. le Dr *Bourneville*.

2° Le plan du pavillon à construire ne paraît pas admettre que, dans l'avenir, les pavillons seraient reliés les uns avec les autres et avec les services généraux par une galerie centrale, ou des galeries latérales.

M. LIÉBAUT. — Il me semble que la construction d'une galerie reliant les divers services est indispensable.

M. le Dr DU MESNIL. — L'hiver le service serait impossible sans galeries couvertes.

M. le Dr BOURNEVILLE. — La construction d'une galerie me paraît également d'une nécessité absolue. Reste à déterminer l'emplacement où elle sera construite. Pour cela il convient de se reporter, en vue de sauve-garder l'avenir, au plan d'ensemble, adopté par la Commission.

M. LE ROUX. — En attendant l'exécution du plan définitif, on pourrait ne procéder qu'à la construction d'une galerie provisoire établie sur poteaux en bois.

3° En ce qui concerne les classes, les cloisons vitrées, intermédiaires ou celles de la galerie placée à *tort* à *l'intérieur* devront être faites de manière à pouvoir être transportées dans les classes futures.

M. LIÉBAUT. — On a prévu dans les plans au rez-de-chaussée de ce pavillon une galerie intérieure, mettant en communication les diverses classes. Il me semble qu'une galerie extérieure serait moins coûteuse.

M. LE ROUX. — Il faudrait alors que cette galerie extérieure fut complètement fermée afin d'empêcher les élèves d'attraper des refroidissements en passant d'une classe dans l'autre.

M. BOURNEVILLE. — Pourquoi une galerie fermée au dehors pour faire communiquer les classes ? A la section des enfants de Bicêtre toutes les classes communiquent entre elles

directement, sans couloirs intérieurs. Il convient de remarquer que ce sont des classes médicales affectées à des enfants épileptiques et idiots atteints de crises fréquentes et qu'il importe que les agents de surveillance puissent se prêter secours, rien qu'en ouvrant une porte. Il y a une galerie extérieure, ouverte, qui m'a toujous paru suffisante.

M. LE ROUX. — L'emplacement affecté aux classes dans le pavillon projeté, sera plus tard transformé en dortoir. La galerie intérieure est donc appelée à disparaitre.

M. le Dr BOURNEVILLE. — Tous, nous sommes d'accord pour reconnaître l'utilité d'une galerie. La question est de savoir si cette galerie sera ouverte ou fermée. Je propose à la Commission d'en ajourner la solution à la visite que la Commission doit faire à la Fondation Vallée, le 8 juin prochain. Adopté.

4° M. l'architecte propose de carreler le local qui doit servir provisoirement de réfectoire et d'ouvroir. « En raison de la destination multiple de ce local où les enfants sont appelés à séjourner, la Commission examinera, dit M. Le Roux, s'il ne serait pas préférable que cette pièce soit parquetée comme les autres. » Ce local sera affecté dans l'avenir à l'usage de dortoirs et par conséquent doit être parqueté ; en outre, comme dès maintenant, il doit servir d'ouvroir pendant plus de temps qu'il ne servira de réfectoire, il y a là un nouveau motif de le parqueter, afin d'éviter que les enfants ne se blessent dans leurs chutes.

La Commission consultée émet le vœu que ce local soit parqueté et non carrelé.

M. LIÉBAUT. — D'accord avec M. le Dr Du Mesnil je propose que les parquets de ce pavillon soient rendus imperméables. Adopté.

5° L'office prévue à côté du réfectoire-ouvroir nous paraît inutile, l'office actuelle étant placée tout près de ce réfectoire provisoire qui présente une porte à son extrémité du côté de la rue Benserade.

6° L'accès des lavabos, aussi bien au 1er étage qu'au rez-de-chaussée, est difficile, ainsi que la surveillance.

7° Les cabinets d'aisance des dortoirs ne sont pas installés suivant les indications que nous avons consignées dans le programme, on n'y accède point par le dortoir, la surveillance en sera très difficile, par suite de l'interposition d'un cabinet de débarras entre eux et le dortoir.

8° Les water-closets doivent être à effet d'eau automatique, avec chasses abondantes, siphons, etc. Les enfants ne doivent avoir à manier aucun mécanisme.

Les modifications proposées aux § 5°, 6°, 7° et 8° ci-dessus du rapport de M. le Dr *Bourneville* sont adoptées par la Commission.

9° Il n'est pas question de l'éclairage artificiel. On ne dit pas si l'on aura recours à l'électricité, ce que nous préférons, ou au gaz. Dans ce dernier cas les appareils doivent être à clef.

10° M. l'Architecte fait remarquer dans son rapport que le *manque d'égouts* l'oblige à établir des *fosses fixes*, et il ajoute que « il serait désirable qu'un égout fut construit à bref délai, non seulement pour le service de la vidange, mais encore pour l'écoulement des eaux pluviales et ménagères qu'il faudra conduire en attendant dans les ruisseaux de la rue Benserade. »

La question des *fosses fixes* et celle de l'*égout* sont intimement liées ensemble. Il serait profondément regrettable que dans un établissement nouveau qui, pour l'honneur du Conseil général du département de la Seine, doit réaliser un progrès par rapport aux établissements antérieurs, on se résolut à établir des fosses fixes, condamnées par tous les hygiénistes sérieux et, d'autre part à introduire, par la projection au ruisseau de la rue des eaux ménagères, une nouvelle

cause d'insalubrité dans la commune où est situé l'asile départemental.

En ce qui concerne l'*égout*, dans notre précédent rapport, nous avons insisté sur l'urgence de sa construction. Dans notre idée, il était destiné à recevoir les eaux pluviales, les eaux ménagères et les matières de vidanges en réservant, s'il y avait lieu, au moins une partie de ces eaux pour l'utilisation horticole. Nous rappelons que l'égout à construire devrait recevoir, en outre des eaux résiduaires de la Fondation Vallée, établissement départemental, celles de la partie inférieure de la section des enfants de Bicêtre, établissement municipal, et celles des habitations de la commune situées rue Benserade, rue des Noyers et le long d'une rue qui, de cette dernière, va rejoindre l'avenue Raspail, jusqu'à l'origine de l'égout municipal le plus rapproché.

Nous pensons que l'Administration pourrait poursuivre parallèlement la construction du premier bâtiment de l'asile et la construction de l'égout. Relativement à cette dernière opération, nous estimons qu'une entente est très facile entre le Département, l'Assistance publique et la commune de Gentilly.

Il s'agit là d'une question d'hygiène qui intéresse également les trois parties et pour la solution de laquelle il suffit d'un peu de bonne volonté qui, nous en avons la conviction, ne fera défaut de la part de personne. Et bien que, à priori, la Commission de surveilance puisse être considérée comme ayant accepté notre proposition, au sujet de la construction de l'égout, en adoptant l'ensemble du programme général de l'agrandissement de la Fondation Vallée, nous soumettons à son vote le vœu suivant :

« La Commission émet le vœu qu'une entente s'établisse à bref délai entre le Département, l'Assistance

publique, et la commune de Gentilly, à l'effet de construire un égout partant de la section des enfants de Bicêtre, desservant la Fondation Vallée et aboutissant à l'égout existant avenue Raspail.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. *Rousselle, Liébaut, Bailly* et le rapporteur, la commission adopte le vœu présenté par M. le Dr *Bourneville.*

M. LE ROUX. — L'Administration étudiera la question avec tout le soin qu'elle comporte et fera ultérieurement connaître le résultat de cette étude à la Commission.

La remarque que nous avons faite à propos de la construction d'un égout pour débarasser la Fondation de ses eaux résiduaires et de ses matières de vidange s'applique également à la partie de notre rapport concernant l'approvisionnement d'eau de source en abondance du futur asile et pour qu'il n'y ait point de doute non plus sur ce point nous demandons à la Commission le vote d'un second vœu aisi conçu.

« La commission se basant sur le passage à peu de distance de l'aqueduc de l'eau de la Vanne, émet le vœu que la Fondation Vallée soit abondamment approvisionnée en eaux de source. » Adopté.

Telles sont, Messieurs, les remarques que nous avons cru devoir vous soumettre au sujet du projet qui a été renvoyé à notre examen.

M. le PRÉSIDENT. — La Commission s'est prononcée au fur et à mesure de la lecture du rapport sur chacune des propositions de M. le Rapporteur. Si personne ne demande la parole je mettrai aux voix l'adoption de l'ensemble des conclusions.

Ces conclusions sont adoptées.

M. ROUSELLE. — Je demande que le plan schématique des constructions d'ensemble projetées pour la Fondation Vallée, plan dressé sur les indications de M. le Dr *Bourneville* et admis par la Commission soit inséré au procès-verbal de la séance de ce jour à la suite du rapport de notre collègue.

Adopté.

IV.

Agrandissement de la Fondation Vallée.

*Construction à la Fondation Vallée d'un pavillon **pour 100** enfants.*

Dans sa séance du 23 décembre 1893, le Conseil général a voté la délibération suivante :

M. Dubois, au nom de la 3e commission.—Je vous demande, Messieurs, d'approuver le projet de délibération suivant :

« Le Conseil général,

« Vu sa délibération du 27 décembre 1892 par laquelle il a voté l'inscription au budget départemental de 1893 d'un crédit de 235,000 francs pour la construction, à la fondation Vallée, d'un pavillon destiné à recevoir 100 enfants, sous la réserve qu'un projet lui serait soumis à sa prochaine session ;

« Vu le mémoire en date du 21 mars 1893 (1) par lequel M. le préfet de la Seine lui soumet un projet pour la construction dudit pavillon, ledit projet évalué en dépense à la somme de 253.112 fr. 60.

« Vu les devis, plan et rapport;

« Vu l'avis de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés, en date du 9 mars 1893.

« Vu le décret du 18 novembre 1882;

« Sur le rapport de sa 3me commission.

« Délibère :

« Article premier. — Est approuvée dans la limite d'une dépense de 235.000 francs, le projet dressé par M. Roger pour la construction, à la fondation Vallée, d'un pavillon destiné à recevoir 100 enfants.

---

(1) Voir au Recueil de la 1re session de 1893 le mémoire n° 35, page 25.

« ART. 2. — La dépense sera imputée sur le crédit de pareille somme inscrit au budget départemental de 1893, chap. 17, § 2, art. 12.

« ART. 3. — Les travaux, selon leur nature et leur importance, feront l'objet d'une adjudication publique, seront confiés aux entrepreneurs ou associations ouvrières adjudicataires ou concessionnaires des travaux d'entretien, ou bien encore concédés par voie de marchés amiables au mieux des intérêts du département. Adopté.

L'encombrement de la Fondation dont nous avons signalé les graves inconvénients engagera, nous l'espérons, l'Administration, à exécuter promptement, c'est-à-dire dans le cours de l'année 1894, cette délibération si longtemps attendue.

DEUXIÈME PARTIE

—

Clinique

I

Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés;

Par BOURNEVILLE.

Communication faite à l'Académie de médecine (séance du 20 juin).

I. En 1878, le Dr Fuller (de Montréal) a pratiqué pour la première fois sans doute la crâniectomie chez un enfant idiot dans le but de donner de l'expansion au cerveau (1). Douze années plus tard, dans une communication faite ici même sur un cas de synostose prématurée, M. Guéniot émettait l'idée qu'une opération pourrait être utile dans les cas analogues (2). Le 9 mai 1890, M. le professeur Lannelongue pratiquait sa première opération sur une petite fille de 4 ans et faisait connaître les premiers résultats obtenus par lui dans une communication à l'*Académie des sciences* (3). Son but en recourant à cette opération était celui qu'avait poursuivi le Dr Fuller: il voulait faciliter l'expansion du cerveau et par suite le développement des facultés intellectuelles. Cette première note a été suivie de deux autres mémoires (4), dans lesquels M. Lannelongue a complété ses premiers renseignements au point de vue opératoire et résumé l'ensemble de ses opérations.

« Les résultats opératoires, dit-il, ont été les suivants : 25 opérations, 24 guérisons; la moyenne des guérisons opératoires a été de 10 jours. Une seule mort au bout de 8 heures..... Le plus jeune de mes opérés a été un garçon de 8 mois et le plus âgé avait 12 ans et demi. J'ai opéré 13 garçons, 12 filles.

---

(1) Fuller. — *Presse méd. belge*, 1878, p. 376 et *Progrès médical*, 1878, p. 929.
(2) *Bull. de l'Académie de médecine*, 1889, p. 407.
(3) *De la crâniectomie dans la microcéphalie, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques.* (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1891, p. 89.)
(4) *Ibid.* (*Congrès français de chirurgie*, 31 mars 1891, p. 73.)

« Parlerais-je maintenant, ajoute-t-il, des résultats définitifs? Cela devrait être, car s'il est encourageant de n'avoir à enregistrer pour ainsi dire que des succès opératoires, on ne doit pas oublier qu'on vise un tout autre but. Ce but on peut le déterminer dans cette formule : Faire rentrer dans la vie commune des sujets voués à l'existence la plus misérable, tant au point de vue intellectuel et moral qu'au point de vue physique. Mais à qui pourrait venir la pensée que ces déshérités de toutes les manières seront régénérés et transformés subitement ? »

Et il terminait ainsi :

« Mes opérés sont suivis avec toute la sollicitude que je puis y mettre et je possède déjà des documents qui me permettent de dire que le plus grand nombre d'entre eux sont manifestement améliorés. Mais comme beaucoup de ces opérations sont encore récentes, je me borne aujourd'hui à en informer mes confrères, en attendant que je puisse livrer intégralement à la publicité les résultats obtenus. »

Plus de trois ans se sont écoulés depuis la première opération pratiquée par M. Lannelongue, et par conséquent nous aurons sans doute bientôt des renseignements des plus intéressants sur les conséquences du *traitement chirurgical de l'idiotie* « sous le rapport intellectuel, moral et physique. »

II. Notre savant compatriote trouva bien vite des imitateurs non seulement en France, mais encore dans divers pays, notamment en Angleterre, aux États-Unis, etc. Nous avons réuni dans le tableau synoptique ci-après les principales indications sur tous les cas d'idiotie traités par la crâniectomie que nous avons pu trouver dans les recueils périodiques ou qui nous ont été communiqués par les auteurs.

N°s d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE.		AGE.	DIAGNOSTIC.
		G.	F.		
1	Fuller (de Montréal).	G.		2 ans.	Idiotie.
26	Lannelongue........	13	12	»	Idiotie; microcéphalie.
27	Anger (Th.)..........		F.	8 ans.	Idiotie.
28	Barlow (John)		F.	33 mois.	Microcéphalie.
29	Bauër..............		F.	»	Microcéphalie.
30	Bilhaut		F.	12 ans.	Idiotie traumatique.
31	Bilhaut.............	G.		4 ans.	Idiotie.
32	Id.		F.	3 a. 1[2.	Idiotie.
33	Id.	G.		4 ans 2 mois.	Idiotie complète.
34	Id.		F.	5 ans 1/2	Idiotie.
35	Id.		F.	13 ans.	Idiotie.

DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
1878	Paralysie transitoire du bras. Amélioration.	*Progrès médical*, 1878, p. 929 et *Presse médicale belge.*
1890-91	1 mort.	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 80.
11 février 1891.	Amélioration légère.	*Ibid.*, 1891, p. 81.
21 décemb. 1892 6 mai 1893.	Amélioration.	*The Glasgow med. Journ.* 1893, juin, p. 401.
2 crâniectomies Pas de dates.	Guérison opératoire.	*Clinique des médecins et chirurgiens de St-Louis.*
9 décem. 1892.	Amélioration, ne parle pas.	*Annales d'orthopédie*, 1892, p. 177.
11 mai 1892.	Amélioration.	Inédite.
1e crâne à g. 30 mai 1890, 2e à d. 14 juin 1892, sur la dem. exp. de la mère.	Amélioration, bave moins. Mort après la 2e op.	Inédite.
17 juin 1892.	Nuls.	Inédite.
8 juillet 1892.	Hémorrhagie due à l'ouverture du sinus pariétal de Breschet mort 2 h. après l'opération.	Inédite.
30 novem. 1892.	Amélioration, ne parle pas.	Inédite.

N° d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. G.	SEXE. F.	AGE.	DIAGNOSTIC.
36	Bœckel (J.)	G.		7 ans.	Idiotie et microcéphalie.
37	Id.	G.		21 mois.	Microcéphalie.
38	Id.		F.	7 ans.	Idiotie.
39	Id.		F.	9 ans.	Microcéphalie.
40	Id.	G.		8 ans.	Idiotie.
41	Id.	G.		8 ans.	Idiotie; suite de méningite chronique.
42	Id.		F.	3 ans.	Idiotie; crie sans cesse.
43	Id.	G.		8 ans.	Méningite chronique; contractures.
44	Id.	G.		5 ans.	Idiotie; épilepsie.
45	Binnie	G.		20 mois.	Microcéphalie.
46	Cerné	G.		39 mois.	Idiotie.

DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
11 avril 1892.	Amélioration; n'est plus gâteux.	*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1893, nº 3, p. 27.
17 octobre 1891.	Mort d'érysipèle au bout de 3 semaines; plaie guérie.	Inédite.
20 fév. 1891.	Amélioration ; ne gâte plus ; va à l'école.	Id.
2 déc. 1891.	Amélioration.	Id.
4 mars 1892.	Résultat à peu près nul.	Id.
5 fév. 1892.	Mort de méningite au bout de 15 jours.	Id.
23 nov. 1892.	Résultat médiocre; crie un peu moins.	Id.
11 février 1892.	Résultat nul.	Id.
2 mai 1892.	Accès moins fréquents.	Id.
1892.	Mort.	*Kansas City med. Index*, 1892. XIII, p. 125.
19 juin 1890.	Amélioration.	*Normandie médicale*, 1891, p. 401.

Nos d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE.		AGE.	DIAGNOSTIC.
		G.	F.		
47	Chénieux	F.		4 ans 2 mois.	Idiotie.
48	Chénieux	G.		20 mois.	Idiotie ; microcéphalie.
49	Clayton Parkill	G.	F.	4 ans.	Microcéphalie.
50	Estor		F.	11 a. 1/2	Idiotie.
51	Gerster et Sach		F.	4 ans 1/2	Idiotie.
52	Heurtaux		F.	6 mois.	Idiotie.
53	Horsley	G.		3 ans.	Microcéphalie.
54	Horsley	G.		7 ans.	Idiotie.
55	Jaboulay	G.		11 ans.	Idiotie impulsive.
56	Id.	G.		13 ans.	Idiotie impulsive, crises nerveuses.
57	Jaboulay	G.		4 ans 1/2	Idiotie ; plagiocéphalie.

DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
7 oct. 1891 et 22 janvier 1892.	Amélioration légère.	*Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 389.
octobre 1891.	Amélioration (1).	*Ibid.*
9 octobre 1891	Amélioration.	*The med. News*, 1892, 27 février, p. 236.
10 octobre 1890.	Guérison opératoire. Pas d'amélioration.	*Montpellier médical*, 4 juin 1892, p. 446.
16 janvier 1891.	Mort 3 h. 1/2 après l'opération.	*Amer. journal of med. Science*, 1891.
1er février 1891.	Mort.	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 91.
1891.	Amélioration.	*British med. journal*, 12 septembre 1891, p. 579.
1891.	Mort.	*Ibid.*
janvier 1892.	Même état.	*Archives provinciales de medecine*, mars 1892.
juin 1891.	Peu d'amélioration.	*Ibid.*
juin 1892.	Même état (?).	*Ibid.*

Nos d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	Sexe.		Age.	Diagnostic.
		G.	F.		
58	Keen		F.	4 ans 7 mois.	Microcéphalie.
59	Keen		F.	11 ans.	Idiotie.
60	Id.	G.		16 mois.	Idiotie, crises convulsives.
61	Lane................		F.	9 mois.	Idiotie.
62	Lane................	G.		id	Imbécillité, microcéphalie.
64	Largeau	G.		4 ans.	Idiotie.
65	Mac Clintoc		F.	3 a. 8 m.	Microcéphalie.
66	Maunoury...........		F.	4 ans.	Microcéphalie.
67	Maunoury...........	G.		1 an.	Microcéphalie.
68	Morrisson			29 mois.	Idiotie.
69	Moulonguet	G.			Idiotie.

DATE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS.	INDICATION BIPLIOGRAPHIQUE.
1re crânie 1890. 2e le 17 février 1891.	Guérison opératoire, amélioration	*Med. News*, 29 novembre 1890, p. 557.
1e crâniectomie 3 déc. 1890. 2e crâniectomie 2 mars 1891.	Amélioration peu prononcée; guérison opératoire.	*Amer. Journal of med. Science*, 1891, Juin.
:6 janvier 1891.	Mort 1 h. 1/4 après l'opération.	*Amer. Journal of med. Science*, 1891.
28 août 1888.	Mort 14 h. après l'opération.	*The med. Journal of the american med. Association*, 9 janvier 1892, p. 49.
1891.	Amélioration.	*Ibid.*, p. 488.
2 juillet 1891.	Amélioration légère.	*Congrès français de chirurgie*, 1892, p. 337.
28 mars 1891.	Amélioration.	*Jour. of nervous and mental diseases*, octobre 1891, p. 645.
20 octobre 1890.	Pas d'amélioration	*Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 90.
2 mars 1891.	Mort 20 h. après l'opération.	*Ibid.*
17 avril 1891.	Amélioration.	*New-York med. Record*, 18 juillet 1891, p. 63.
Juillet 1892.	Pas d'indication.	*Soc. méd. d'Amiens*, août 1892.

Nos d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	SEXE. G.	SEXE. F.	AGE.	DIAGNOSTIC.
70	Péan................	G.		14 ans.	Idiotie hydrocéphal.
71	Perry (Allan)		F.	3 ans 3 mois.	Microcéphalie.
72	Petel (de Rouen)		F.	17 ans.	Idiotie.
73	Piéchaud-Pons		F.	13 ans.	Idiotie.
74	Piéchaud-Régis		F.	4 ans $^1/_2$.	Idiotie.
75	Prengrueber	G.		9 ans.	Idiotie et microcéphalie.
76	Prengrueberet E. Péan	G.		13 ans.	Idiotie microcéphalique.
77	Ransohoff...........		F.	3 ans 7 mois.	Idiotie.
	Reboul (J.)	G.		10 ans.	Idiotie; microcéphalie.
78	Schalders-Miller	G.		8 mois.	Microcéphalie et névrite optique.
79	Trimble.............			3 ans.	Idiotie.

DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTATS.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQEE.
1re crâne à dr. 2e crâne à g. 1893	Amélioration.	*La clinique internationale*, 15 février 1893.
4 décemb. 1892.	Amélioration. considérable au bout de 2 mois.	*British med. journal* 1893, mars, p. 580.
15 mars 1891.	Pas d'amélioration	Voir plus loin: OBSERVATION I.
(?)	Amélioration peu sensible.	*Jour. de médec. de Bordeaux*, juillet et août 1891, p. 356.
février 1892.	Même état.	*Ibid.*
décembre 1891.	Amélioration.	*Bulletin médical*, 1892, 27 janvier, p. 81.
9 février 1891.	Amélioration légère (?)	Inédite.
21 mars 1892.	Amélioration.	*British med. Journal*, 23 juillet 1892, p. 176.
16 novem. 1892.	Mort le 29 novem. 1892.	*Archives provinciales de chirurgie*, 1er juin 1893, p. 402.
8 novemb. 1890	Quelque amélioration.	*The med. News*, 3 janvier 1891,
7 octobre 1891.	Guérison opératoire.	*Weekly medical Review*, 21 novembre 1891.

Nos d'ordre.	NOMS DES OPÉRATEURS.	Sexe. G.	Sexe. F.	Age.	Diagnostic.
80	Tuholske............	G.			Idiotie.
81	Villard..............			5 ans.	Idiotie.
82	Wieth...............	G.		1 an.	Idiotie.

Sur les 82 cas de *crâniectomie* résumés dans ce tableau, il y a eu 14 décès. Dans plusieurs cas on a noté consécutivement à l'opération des convulsions ou des paralysies limitées (?).

Sauf quelques-unes qui ont été prises avec soin, la plupart des observations que nous avons dépouillées manquent des détails qui sont nécessaires pour avoir une idée exacte de l'état intellectuel, moral et physique des enfants avant l'opération. Toutes ou à peu près toutes donnent des renseignements insuffisants sur l'état des malades *avant l'opération* et surtout au moment où l'observation a été publiée. En pareille matière on ne saurait entrer dans trop de détails pour permettre d'établir une comparaison sérieuse et d'apprécier scientifiquement et pratiquement la valeur de la *crâniectomie.* Souvent il est parlé d'une amélioration, mais on précise rarement en quoi elle consiste. Elle est d'ailleurs possible soit parce que l'opération a produit une sorte de révulsion, soit aussi et surtout parce que tout le monde, chirurgiens, internes, infirmiers et infirmières, autour de l'enfant, s'est intéressé à lui, a cherché à l'améliorer plus qu'on ne le faisait auparavant.

III. En pratiquant la crâniectomie, M. Lannelongue se

(1) La malade de M. Chénieux a été crâniectomisée par M. Lannelongue en décembre 1892.

DATE DE L'OPÉRATION.	RÉSULTAT.	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE.
7 octobre 1891.	Guérison opératoire.	*Weekly medical Review*, 21 novembre 1891.
	Mort le 3eme jour.	*University med. Magaz.*, octobre 1891.
7 janvier 1891.	Amélioration.	*Med. Record*, N. Y. 21 février 1891, p. 233.

proposait, avons-nous dit, « de donner un nouvel essor au cerveau, en affaiblissant la résistance du crâne. » Et cette résistance, suivant lui et les chirurgiens qui ont recours à cette opération, reconnaîtrait pour cause l'*ossification prématurée des sutures chez les microcéphales*, nom générique sous lequel il paraît réunir les différentes formes de l'idiotie. Les lésions décrites, hydrocéphalie, sclérose, etc., « coïncident, écrit-il, avec la *synostose prématurée.* »

Cette opinion est-elle justifiée par l'anatomie pathologique? Vous allez en juger vous-mêmes, Messieurs, si vous voulez bien jeter un coup d'œil sur les crânes que nous allons faire passer sous vos yeux. Toutefois, dans l'hypothèse où l'opinion qui admet la synostose prématurée du crâne chez les idiots serait exacte, la nécessité de la crâniectomie ne serait pas encore démontrée : il resterait, en effet, à examiner ce que la crâniectomie peut faire pour la guérison des lésions qui occasionnent ce qu'on appelle l'idiotie. Et, comme nous joignons aux crânes les *photographies des cerveaux* qu'ils contenaient, nous croyons utile de rappeler, à titre de renseignement et pour abréger notre description, l'*essai de classification anatomo-pathologique des idioties* qui nous sert habituellement de guide. Nous avons l'habitude de distinguer les formes suivantes :

1° *Idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie* ou *idiotie hydrocéphalique*;

2° *Idiotie symptomatique de microcéphalie* ou *idiotie microcéphalique*;

3° *Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions*;

4° *Idiotie symptomatique d'une malformation congénitale du cerveau (porencéphalie vraie, absence du corps calleux)* ou *d'une malformation pathologique (pseudo-kystes, foyers ocreux, pseudo-porencéphalie, etc.)*;

5° *Idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse*;

6° *Idiotie symptomatique de sclérose atrophique*: *a*) sclérose des deux hémisphères ou d'un hémisphère; *b*) sclérose d'un lobe du cerveau; *c*) sclérose de circonvolutions isolées; *d*) sclérose chagrinée du cerveau (?);

7° *Idiotie symptomatique de méningite* ou *de méningo-encéphalite chronique* ou *idiotie méningitique*;

8° *Idiotie avec cachexie pachydermique* ou *idiotie myxœdémateuse*, liée à l'absence de la glande thyroïde;

9° *Idiotie symptomatique de tumeurs de l'encéphale* (1).

Ceci dit, nous allons soumettre à votre examen les *crânes* de 21 enfants idiots ainsi que les *photographies des cerveaux* correspondants.

Obs. I. — Idiotie hydrocéphalique.

Sommaire. — *Père, caractère emporté; excès de boisson* (absinthe). — *Grand-père paternel rhumatisant. — Arrière grand-père paternel grand buveur. — Grand-oncle paternel alcoolique. — Cousin paternel* (fils du précédent), *excès alcooliques; aliéné. — Grand'tante paternelle imbécile. — Mère migraineuse. — Arrière grand'mère maternelle, petites attaques de ramollissement* (de 79 à 82 ans). — *Tante maternelle crises nerveuses. — Tante maternelle morte phtisique. — Tante maternelle rhumatisante. — Cousin germain maternel sujet à des crises nerveuses. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans 1/2. — Frère méningite de l'enfance.*

Impressions maternelles très vives durant le 1er et le 2e mois de la grossesse. — Dentition, parole, marche nulles. — Convulsions à 5 mois suivies du développement hydrocéphalique. — Retour des convulsions. — Contracture des membres. — Vagissements. — Persistance des fontanelles antérieure et postérieure ainsi que des sutures. Plagiocéphalie. — Description des contractures. — Signes de méningite. — Cécité. — Broncho-pneumonie; mort.

Autopsie. — *Description de la calotte crânienne et de l'encéphale; état vésiculeux du cerveau. — Congestion rénale. — Petits calculs du rein gauche. — Broncho-pneumonie.*

(1) Peut-être y aurait-il lieu de reconnaître une autre forme, *l'idiotie traumatique*, qui, elle, serait parfois justiciable de la crâniectomie.

Esse.. Louis est né le 18 octobre 1890, à Paris (2 ans).

Crâne. — Il est fortement plagiocéphale, la bosse frontale gauche et la bosse pariétale droite sont considérablement plus volumineuses que leurs opposées. Les fontanelles sont représentées par des membranes. L'*antérieure*, irrégulièrement losangique, offre 0,07c/m. de diagonale antéro-postérieure et



Fig. 1. — Obs. I. — Fontanelle antérieure.

0,075m/m. de diagonale latérale. L'angle antérieur est aigu et se continue par la *suture métopique* qui est très nette sur un trajet de 0,03c/m. et ne laisse ensuite que des traces surtout visibles à la face interne de la calotte; l'angle postérieur de cette fontanelle est très obtus, si bien que les deux côtés postérieurs du losange sont presque rectilignes. Les bords de ce losange sont plus colorés et d'un tissu plus spongieux que le reste du crâne. Dans l'angle latéral droit, un peu en avant de son sommet, se trouve comprise dans la membrane de la

fontanelle une petite lamelle osseuse, mince, de 0,008m/m. de long et de forme lenticulaire. La suture coronale n'est pas plus accentuée que la suture métopique ; elle est nette de chaque côté sur un trajet de 0,02c/m. ; à partir des angles latéraux de la fontanelle, elle est *synostosée* complètement à droite sur un trajet de 0m,045 mm. et à gauche sur un trajet de 0,03c/m. La suture sagittale, peu contournée, a une longueur de 0,095 ; ses bords sont espacés et remplis par une légère membrane ; un tissu spongieux analogue à celui qui borde la fontanelle antérieure et formant une bande de 0,005 mm. à droite et à gauche, la côtoie (*Fig.* 1).

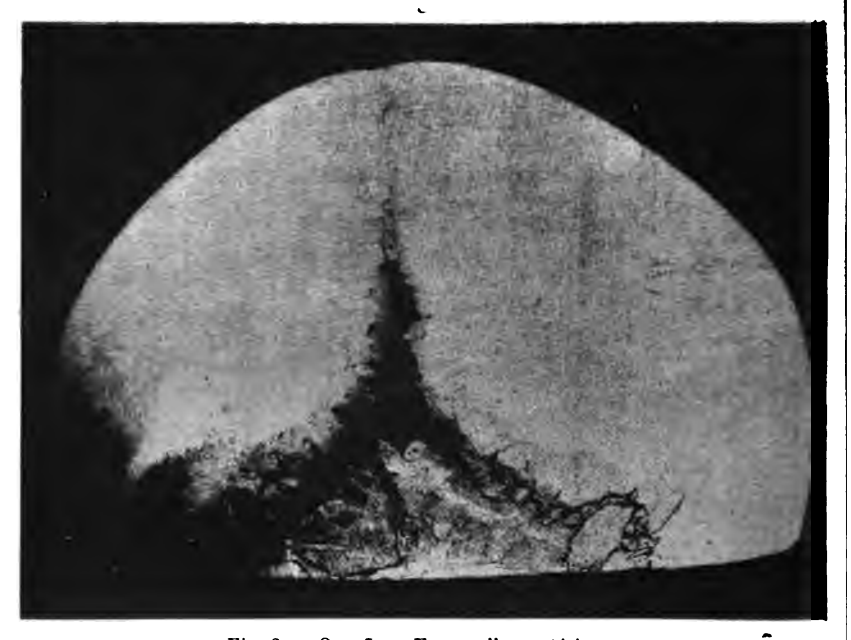


Fig. 2. — Obs. I. — Fontanelle postérieure.

La *fontanelle postérieure* (*Fig.* 2) a l'aspect irrégulier d'un triangle isocèle dont la base a un cent. 1/2, la hauteur 0,037 mm. et les côtés 0,04 cent. A la partie moyenne de sa hauteur le triangle a environ 0,008 mm. Les bords sont dentelés grossièrement et une membrane l'oblitère. La bande osseuse spongieuse qui la borde est moins accentuée qu'au niveau de la fontanelle antérieure. La *suture lambdoïde*, très irrégulière, est formée à droite et à gauche, d'une succession d'*os wormiens* plus nombreux à gauche où ils sont au moins une vingtaine. Tout le trajet de cette suture est formé d'un tissu spongieux analogue à celui que nous avons signalé sur le bord des fontanelles. La table interne de l'os est très lisse et n'offre que de très fai-

bles sillons pour les vaisseaux méningiens. La paroi du crâne est d'une minceur considérable, 0,001 mm. à 0,0015. Le côté gauche est nettement plus épais que le droit, sans cependant dépasser 0,003 mm. d'épaisseur au niveau de l'épine frontale. Vus par transparence, les os sont translucides sur une grande partie de la calotte, surtout au niveau des bosses frontales et pariétales d'où rayonne le tissu avoisinant. Ces points ont l'aspect de centres d'ossification. Au pourtour sont des zones opaques qui s'étendent jusqu'au voisinage des sutures où le tissu osseux prend des caractères spéciaux. En effet, au niveau de ces sutures, l'os est formé de fibrilles parallèles entre elles, perpendiculaires à la suture et séparées par des espaces translucides.

La *photographie du cerveau* montre qu'il était transformé en une double poche kystique. Ajoutons qu'en maints endroits sa minceur était telle que la couche cérébrale n'avait même pas un millimètre.

Obs. II. — Idiotie microcéphalique.

Sommaire. — *Antécédents paternels et maternels négatifs. Impression maternelle vive avant la conception, se prolongeant pendant et après la grossesse.—Pas de consanguinité. Premières convulsions à 6 mois. — Idiotie complète : bave, balancement, gâtisme, etc. — Marche à 3 ans 1/2. — Microcéphalie très prononcée. — Prognathisme supérieur. Diphtérie : mort.*

Autopsie. — *Absence presque complète du lobe occipital. — Acrocéphalie. — Arrêt de développement et malformations considérables du cerveau. — Encéphale :* 490 *gr.*

Cluto... (Léon Eugène) est né à Vauvillé (Seine-et-Marne), le 17 mai 1876 (13 ans).

Crâne. — Il est court, comme rectangulaire, mais assez régulier sauf au niveau de l'occipital. Les bosses frontales ne font pas de relief ; les bosses pariétales sont légèrement saillantes. L'occipital est très déprimé, sa direction est oblique comme celle d'un toit et non plus convexe. Au-dessous du lambda, au niveau de l'os interpactal, il existe même une dépression assez prononcée qu'explique très bien la lésion du cerveau, dont les lobes postérieurs faisaient défaut ; cette partie déprimée a près de 0,04 cm. transversalement et 0,03 d'avant en arrière. Au-dessous d'elle l'occipital de chaque côté devient plus saillant, surtout à gauche, d'où un léger degré d'asymétrie. La coupe du crâne paraît presque ronde, elle est en général mince de 2 ou 3 mm. excepté au niveau des temporaux en avant et surtout en arrière, et au voisinage de la jonction du pariétal avec l'occipital. Au niveau de la crête occipitale et de toute la partie déprimée dont nous avons parlé, il y a un épaississement assez prononcé comme si l'os avait voulu combler l'espace laissé libre par l'absence des

lobes postérieurs du cerveau. La *suture coronale* est très sinueuse ; il en est de même de la *suture interpariétale* sauf au niveau des trous pariétaux dans une longueur d'un centimètre. La suture lambdoïde est extrêmement sinueuse *(Fig. 3)*.



Fig. 3. — Obs. II.

— Les sutures sont également très apparentes sur la face interne du crâne, où on note en outre de nombreuses dépressions plus ou moins prononcées et plusieurs plaques transparentes. Les différents os de la *base du crâne* chevauchent les uns sur les autres ce qui indique, même de ce côté, l'*absence complète de synostose*.

La *Fig.* 4 représente l'*encéphale* vu par sa face convexe : on voit que la partie postérieure des deux hémisphères cérébraux fait défaut, ce qui explique l'affaissement de l'*occipital*, que rien ne soutenait.

(A titre de comparaison, M. Bourneville montre le crâne d'un microcéphale mort à 59 ans, sur lequel il y a une synos-

tose presque complète des sutures, et le crâne d'un enfant *sain* de 14 ans sur lequel la suture coronale est complètement ossifiée).



Fig. 4. — Obs. II.

Obs. III. — Idiotie microcéphalique.

Sommaire. — *Enfant assisté : absence complète de renseignements héréditaires et personnels. — Gingivite. — Oreillons. — Rougeole. — Parole, attention, nulles. — Rotation de la tête. — Préhension imparfaite. — Phimosis. — Pneumonie gauche. Mort.*

Autopsie. — *Atrophie générale des circonvolutions, sclérose de la pointe du lobe occipital droit. Soulèvement partiel de l'écorce cérébrale. — Corps thyroïde : 10 gr. — Traces de thymus.*

Loui... Joseph est né à Paris le 10 mars 1883 (10 ans).

Crâne. — Sa forme est ovoïde avec un léger degré de plagiocéphalie (aplatissement du frontal à gauche et de la région occipito-pariétale à droite). Son épaisseur est assez considérable, 6 à 7 millimètres au niveau du frontal et de la partie

moyenne de l'occipital, 4 à 5 au niveau du pariétal. La suture métopique persiste entièrement, ainsi que les sutures frontale, sagittale et lambdoïde, et cela sur les deux faces. A un centimètre du bregma, il existe sur la suture sagittale un os wormien transversal de 10 millimètres sur 5 millimètres. On trouve deux autres os wormiens à la jonction des sutures sagittale et lambdoïde. Cette dernière présente sur son côté gauche 3 os wormiens, dont l'un a près de 2 centimètres carrés, et 2 autres sur le droit (*Fig.* 5).



Fig. 5. — Obs. III.

Obs. IV. — Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions.

Sommaire. — *Père, convulsions à 2 ans; quelques excès de boisson (absinthe); cauchemars; caractère violent.* —

Grand-père paternel caractère un peu emporté. — Mère convulsions de l'enfance; très nerveuse, migraineuse, caractère irritable, morte en couches; paralysée du côté gauche. — Grand-père maternel aliéné. — Cousine germaine morte de méningite. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 4 ans (mari plus âgé).



Fig. 6. — Obs. IV.

Tête penchée. — Convulsions des yeux depuis la naissance jusqu'à 4 ans. — Légère paralysie du côté gauche. — Rougeole à un an, vacciné à un an et demi avec succès. — Varioloïde à 2 ans. — Coqueluche à 4 ans. — Gourmes, impétigo, blépharite, otorrhée à 3 ans. Tics de la langue et rotation de la tête; mastication défectueuse; marche, parole, attention, nulles. — Balancement de la tête. — Accès de cris la nuit; bave. — Tuberculose. Cachexie générale, mort.

Autopsie. — *Adhérences de la dure-mère à la pie-mère. — Adhérences nombreuses de la face interne des lobes fron-*

taux. — Arrêt de développement des circonvolutions. — Atrophie du tubercule mamillaire, du pédoncule gauches, de la pyramide antérieure du même côté. — Absence des olives.

Coppi.. René est né à Fontenay-sous-Bois, le 3 octobre 1887 (5 ans).

Crâne. — Il est très asymétrique ; le frontal gauche est très déprimé ; la région occipito-pariétale l'est encore davantage. Plagiocéphalie très-prononcée. Son épaisseur varie de 1 mm. 1/2 à 3 mm. La suture métopique est ossifiée, et on trouve à son niveau une sorte de crête ; les sutures coronale, sagittale et lambdoïde persistent sur les deux faces et sont très-sinueuses, même au niveau de l'obélion (*Fig.* 6). L'os épactal (*Fig.* 7) est circonscrit par des sutures sinueuses et se trouve situé sur la moitié gauche de l'occipital (2 cm. 3 cm.). Nombreuses plaques translucides sur la moitié postérieure des pariétaux, la partie supérieure de l'occipital, au niveau de bregma et sur la partie latérale du frontal droit.

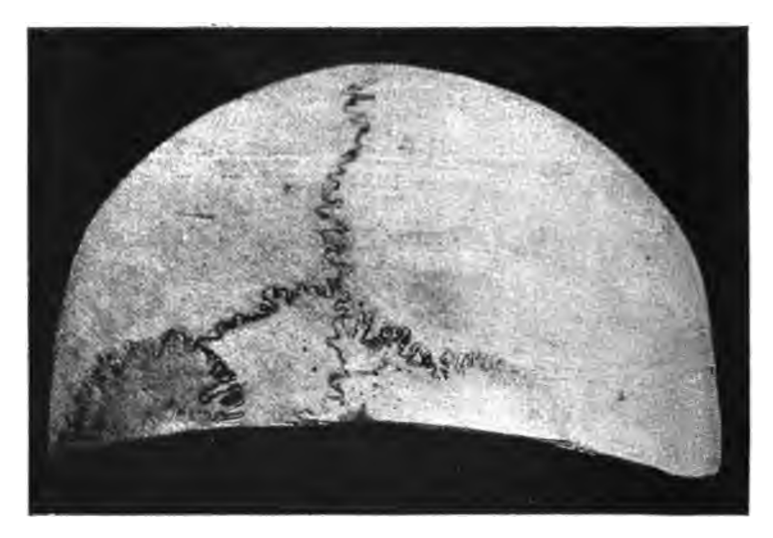


Fig. 7. — Obs. IV.

Obs. V. — Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions.

Sommaire. — *Père, plagiocéphalie, aucun antécédent dans sa famille. — Mère rhumatisante, névralgies intercostales, migraineuse. — Grand'mère maternelle migraineuse. — Grand'oncle maternel mort de la poitrine. — Tante maternelle migraineuse. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 4 ans (mère plus âgée).*

Impressions pénibles de la mère durant sa grossesse causées

par la vue d'un épileptique en accès. — Allaitement au sein puis au lait de chèvre. — Première dent à 17 mois. — Convulsions à 6 mois. — Parésie du côté droit ? — Marche nulle. — Cris. — Crispations des mains. — Gâtisme. — Congestion pulmonaire. Mort.

AUTOPSIE. — *Pas d'adhérences de la pie-mère ; arrêt de développement des circonvolutions. Aspect légèrement gélatiniforme du cerveau. — Thymus persistant (*10 gr.*). — Corps thyroïde,* 4 gr. — *Congestion pulmonaire.*



Fig. 8. — OBS. V.

Gatea.... Émile est né le 15 avril 1891 (18 mois).

Crâne. — Il a la forme d'un ovoïde très-allongé et régulier ; il est très-mince, d'un à 2 millimètres d'épaisseur. La suture

métopique existe dans toute sa longueur ; les autres sutures persistent sur les deux faces du crâne ; il existe un os wormien de 4 à 5 millimètres à l'origine de la branche droite de la suture lambdoïde. Le crâne est transparent sur presque toute sa surface. La fontanelle antérieure, qui persiste, mesure 40 millimètres sur 35 (*Fig.* 8).

Obs. VI. — Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions.

Sommaire. — *Rien du côté paternel (?). — Mère migraineuse. — Enfant naturel. — Chûte de la première dent à 3 mois. — Début des accidents convulsifs à 8 mois. — Succion du*



Fig. 9. — Obs. VI.

pouce. — Alternatives de diarrhée et de constipation. — Connaissance, parole, marche, préhension nulles. —Kleptomanie ; grincement des dents ; gâtisme ; onanisme ; bave. Rougeole. — Vertiges très nombreux ; affaiblissement progressif ; hypothermie ; mort.

AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère au crâne. — Aspect gélatiniforme des circonvolutions ; sillons peu profonds.*

Martin... (Hermance), est née à Paris le 22 janv. 1890 (3 ans).

Crâne. — Il a la forme d'un ovoïde irrégulier en ce sens que la moitié gauche du frontal est déprimée, tandis que la région pariéto-occipitale droite est aplatie ; son épaisseur varie de 2 à 4 m/m. (plagiocéphalie). La suture métopique est complètement fermée. Toutes les autres sutures persistent, examinées par la face externe. Elles sont au contraire fermées du côté de la face interne. La fontanelle antérieure persiste; elle est dirigée obliquement de droite à gauche et d'avant en arrière; elle mesure plus de 2 centim. transversalement et 7 à 8 m/m. dans le sens antéro-postérieur. Tout autour d'elle, et à l'extrémité de la suture fronto-pariétale et des occipitaux, se voient des plaques transparentes. *(Fig.* 9).

OBS. VII. — IDIOTIE CONGÉNITALE.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Oncle paternel alcoolique. — Grand'mère et tante paternelles violentes. — Mère, migraines, diminuées par le mariage. — Grand-père maternel, excès de boisson, paralysé du côté gauche. — Arrière-grand'mère maternelle, morte paralytique. — Pas de consanguinité ; différence d'âge de 5 ans. — Une sœur a eu une rougeole compliquée de méningite. — Une autre sœur a eu des convulsions.*

Émotion vive durant la grossesse. — Parole, attention, préhension, marche, mastication nulles. — Amélioration pour la parole et la marche. — Invagination intestinale ; mort.

AUTOPSIE. — *Absence de synostose. Circonvolutions paraissant régulières. Pas de méningite. Semis de tubercules sur la plèvre du côté droit. Invagination intestinale.*

Guerria... (Jean Aclet) est né à Paris, le 17 novembre 1888. (4 ans 1/2).

Crâne. — Il est assez régulièrement ovoïde. La bosse frontale gauche est un peu aplatie et la bosse pariétale correspondante un peu plus développée qu'à droite. Le crâne est mince (de 1 à 2 mm.) La suture métopique est fermée. Toutes les autres sutures persistent et sont assez sinueuses. On trouve un os wormien de 10 mm. sur 6 mm. à l'origine de la branche gauche de la suture lambdoïde, et un autre semblable à la partie moyenne de la branche droite de la même suture. Le der-

nier de ces os wormiens n'est presque plus apparent à la face interne, tandis que le premier l'est encore. Nombreuses plaques transparentes au niveau du bregma, des bosses pariétales, de l'occipital et de la suture coronale. (*Fig.* 10).



Fig. 10. — Obs. VII.

Obs. VIII. — Idiotie congénitale.

Sommaire. — *Père, fièvres intermittentes, devenu épileptique à la suite d'émotions durant la Commune; accès rares. — Mère, rien de particulier, sauf qu'elle a uriné au lit jusqu'à 16 ans. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort de congestion cérébrale. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 10 ans.*

Première dent à 4 mois. — Début de la marche et de la parole à un an. Bronchite à 1 an; cessation de la marche et de la parole. Gâtisme. — Incapacité de s'habiller. — Accès de cris. — Tics; se mord les mains; accès de colère. — Progrès de la marche.

AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère aux os; injection de la pie-mère, qui se détache facilement. Coloration chair de saumon des circonvolutions. — Un peu d'œdème des cordes vocales. — Thymus 5 gr., corps thyroïde 5 gr. Cause probable de la mort: asphyxie par œdème de la glotte.*



Fig. 11. — OBS. VIII.

Musi... (Alice) est née à Malakoff (Seine), le 20 mars 1890 (2 ans).

Crâne.— Il est ovoïde, avec un degré assez léger de plagiocé-

phalie. Son épaisseur varie de 1 mm. 1/2 à 3 mm.; il présente de très nombreuses plaques transparentes disséminées partout, principalement au niveau de la fontanelle antérieure. La suture métopique est fermée, toutes les autres sutures n'offrent aucune trace de synostose, soit à la face externe, soit à la face interne, elles sont translucides dans la plus grande partie de leur longueur. (*Fig.* 11).

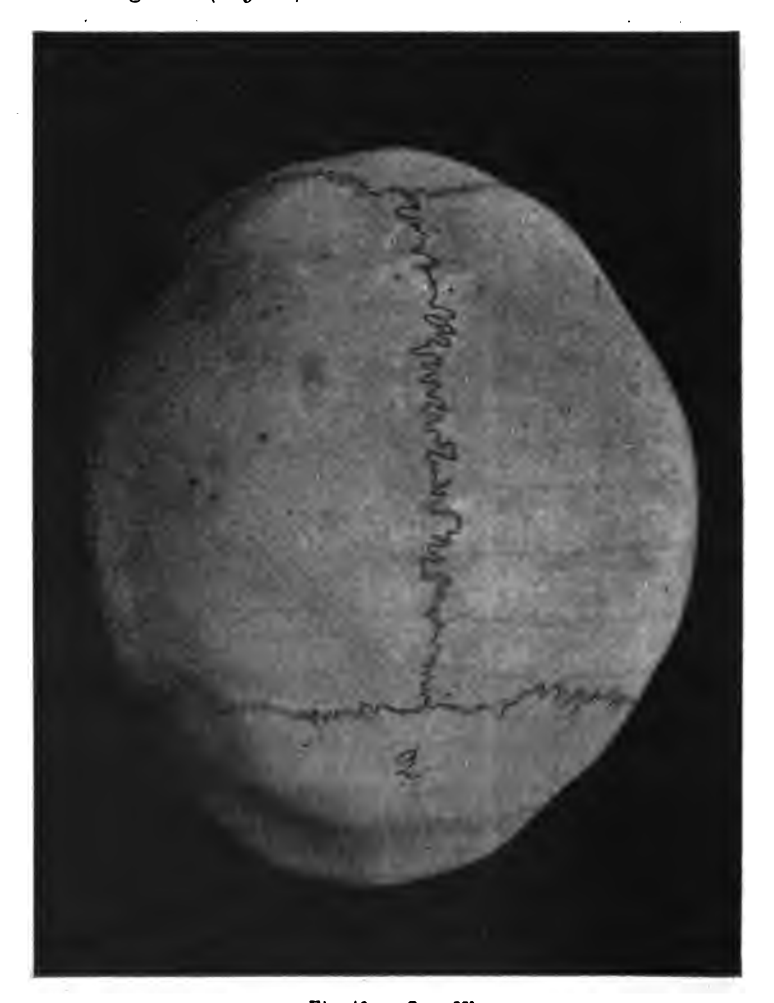


Fig. 12. — Obs. IX.

Obs. IX. — Idiotie complète symptomatique de double porencéphalie vraie.

Sommaire. — *Père et grand père paternel, quelques excès de boisson. — Mère, convulsions de l'enfance, nerveuse. —*

Grand-oncle paternel, mort de tuberculose. — Sœur, accidents nerveux. — Émotion vive au 5e mois de la grossesse. Premières convulsions à 3 mois; — crises fréquentes jusqu'à un an. — Rougeole et influenza à 5 ans. — Sueurs abondantes de la tête suivies d'un peu d'amélioration. — Marche et parole nulles. — Strabisme externe; cécité complète. — Contractures des 4 membres. — Mastication nulle; bave, accès de cris. — Tics de la face et balancement. — Gâtisme. — Épilepsie, congestion pulmonaire; mort.

AUTOPSIE. — *Porus vrai des deux hémisphères cérébraux. — Méningo-encéphalite chronique. — Atrophie de la protubérance. — Lésions pulmonaires.*

Roc... (Georges E.) est né à la Noue (Marne), le 16 juin 1886. (6 ans) (1).

Crâne. — La *voûte crânienne* est assez élevée, mince, les os sont peu épais. Il y a de nombreuses plaques transparentes occupant la moitié de la calotte à gauche et les 2/3 à droite. — La *suture sagittale* entièrement libre est modérément sinueuse. Les dentelures sont apparentes aussi bien sur la table interne que sur la table externe. — La *suture coronale* est très régulière, sans interposition d'os wormiens. Aucune trace de synostose n'est appréciable sur l'une ou l'autre face. — La *suture coronale* est libre dans toute son étendue, sans trace de synostose : les fontanelles et la suture métopique sont fermées. (*Fig.* 12).

Les *Fig.* 13, 14, 15 et 16 donnent une idée précise de la malformation des deux hémisphères du *cerveau.*

OBS. X.— IDIOTIE SYMPTOMATIQUE D'UN ANCIEN FOYER *(pseudokyste)* DU LOBE TEMPORAL GAUCHE ET DE MÉNINGITE DE L'HÉMISPHÈRE DROIT.

SOMMAIRE.— *Père, nerveux, convulsions de l'enfance; fièvres intermittentes probables. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, nerveuse. — Arrière-grand-père paternel mort d'hémorrhagie cérébrale. — Cousin paternel, excès de boisson, aliéné. — Oncle paternel mort de convulsions. — Mère sujette à des névralgies faciales. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort de congestion cérébrale, avec paralysie du côté gauche. — Grand'mère maternelle sujette à des névralgies faciales. — Arrière-grand-père maternel, suicidé. — Arrière-grand'-mère maternelle, excès de boisson. — Deuxième arrière-grand'mère maternelle morte d'un cancer du sein. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.*

Émotion vive et chute durant la grossesse. — Naissance un peu avant terme. — Accidents convulsifs mal caractérisés du 18e au 39e jour après la naissance. — Premières

(1) Voir l'OBS. V du *Compte-rendu de* 1892, p. 89.



Fig. 13. — Obs. IX. — Hémisphère cérébral gauche ; face supérieure.

LF, lobe frontal.
LO, lobe occipital.
Péd., pédoncule.
P, porus.



Fig. 14. — Obs. IX. — Hémisphère cérébral gauche ; face externe.

F1, F2, F3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
LO, lobule occipital.
P, porus.
sr, sillon de Rolando.



Fig. 15 — Obs. IX. — Hémisphère cérébral droit ; face externe.

F1, F2, F3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.

LP. lobe pariétal.
Lo, lobe occipital.
P, porus.
sr, sillon de Rolando



Fig. 16. — Obs. IX. — Hémisphère cérébral droit : face interne.

F1, Première circonvolution frontale.
LP, lobe pariétal.
AC, avant-coin.
C, coin.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal.
co, couche optique.
V, ventricule.
spe, scissure perpendiculaire externe.

dents à un an. — Accès de cris. — Cognements de tête contre les murs. — Blépharite. — Parole et marche nulles, jambes de plus en plus faibles.

1891. *Accès de colère et de cris. — Balancement latéral de la tête et antéro-postérieur du tronc; grimaces de la face et occlusion des paupières. — Grincements de dents. — Attention et affectivité nulles. — Onanisme.*

Octobre : Toux, diarrhée, amaigrissement.

1892. *Cachexie tuberculeuse. — Mort.*



Fig. 17. — Obs. X.

AUTOPSIE. — *Nombreuses adhérences de la pie-mère; — absence du tubercule mamillaire gauche; — pseudo-kyste du lobe gauche. — Tuberculisation pulmonaire, ganglionnaire, péritonéale, etc.*

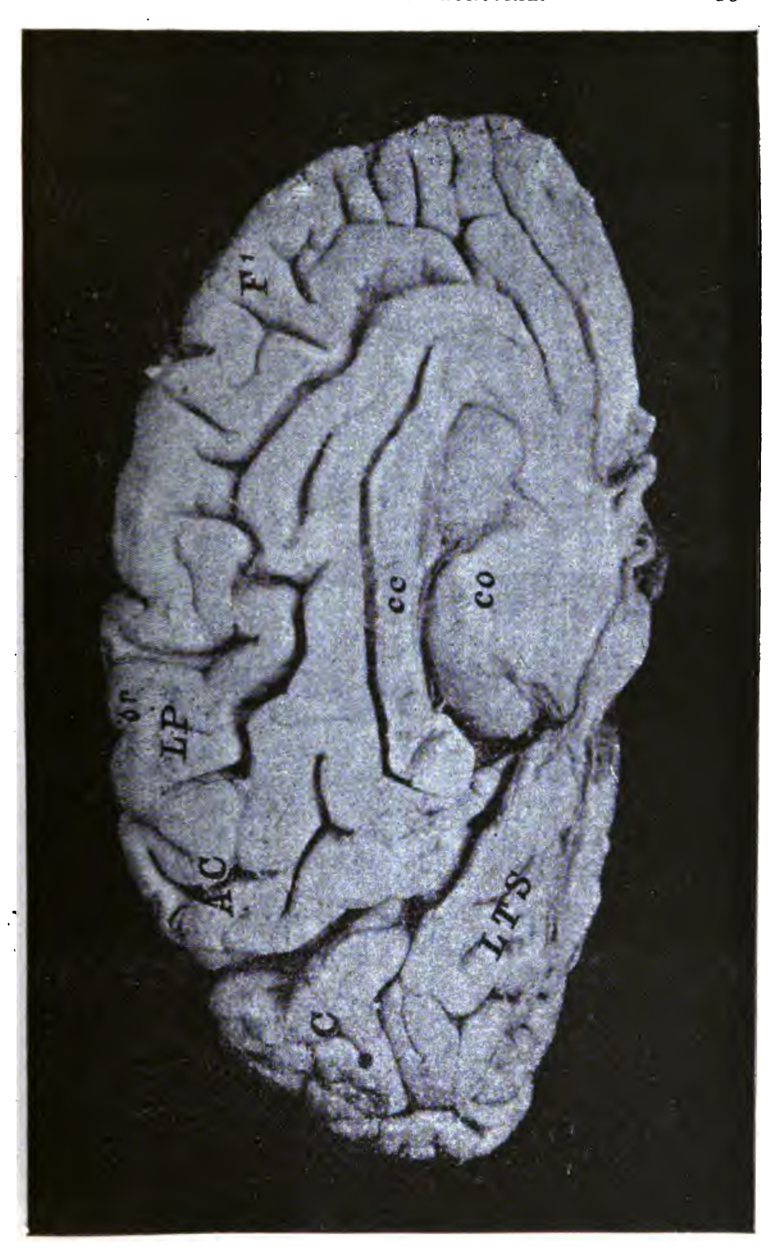


Fig. 18. — Obs. X. — Hémisphère cérébral gauche; face interne.

F^1, première frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal.
cc, corps calleux.
co, couche optique.
sr, sillon de Rolando.



Fig. 19. — Obs. X. — Hémisphère cérébral gauche; face externe.

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
P^1, P^2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur, pli courbe.
Lo, lobe occipital.
T^1, T^2, première et seconde temporales.
sr, sillon de Rolando.
ss, scissure de Sylvius.
PK, pseudo-kyste.

Scheff... (Désirée) est née le 12 avril 1888 (4 ans).

Crâne. — Les os du *crâne* sont extrêmement minces et offrent tous de très nombreuses plaques transparentes. — La *suture saggittale*, vue par transparence, laisse apercevoir des interstices nombreux permettant l'introduction d'un bec de plume surtout dans le rayon qui s'étend sur une longueur de 3 centimètres en avant des trous pariétaux (le gauche seul existe). La face externe ne porte en aucun point de son trajet trace d'un début quelconque de synostose. Il en est de même à la face interne. La suture est d'une grande simplicité et très peu arborescente. — La *suture coronale* est libre dans toute son étendue tant à la face interne qu'à la face externe. — La *suture lambdoïde* est entièrement libre et un peu plus compliquée que la sagittale ; on rencontre un petit *os wormien* à un centimètre de l'angle sur la branche droite. — Il n'y a pas trace de la *suture métopique*. (*Fig.* 17).

Les *Fig.* 18 et 19 représententla face convexe de l'hémisphère cérébral gauche de Scheff.... En PK, sur la première, se voit le pseudo-kyste.

OBS. XI. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE. — HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE. — SCLÉROSE ATROPHIQUE. — TUBERCULOSE ABDOMINALE.

SOMMAIRE. — *Père, alcoolique, emporté. — Grand-père paternel mort d'une attaque de paralysie. — Grand-oncle paternel tuberculeux. — Cousin germain, aveugle-né. — Mère, céphalalgies, intelligence bornée. — Grand-père maternel et arrière-grand'mère maternelle, morts d'une pleurésie. — Oncle maternel, ivrogne. — Frère asphyxié à la naissance. — Accident au 2me mois de la grossesse. — Frayeur légère au 6me mois. — Accouchement laborieux. — Asphyxie et déformation crânienne à la naissance. — Convulsions dès le premier jour. — Secondes convulsions à 4 mois. — Début de la parole à 18 mois. — Premières dents à 6 mois. — Ne marche pas. — Gâtisme complet. — Paraplégie inférieure et Hémiplégie gauche avec contracture. — Microcéphalie. — Tuberculose intestinale. — Mort.*
AUTOPSIE. — *Sclérose atrophique des circonvolutions cérébrales. — Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. — Adénopathie mésentérique tuberculeuse.*

Sal... (Paul) est né à Villejuif, le 8 avril 1888, 4 ans (1).

Crâne. — La *calotte crânienne* est un peu épaisse (3 à 4 mm.), mais peu dure, les sutures sont partout transparentes ; les dentelures sont peu prononcées. La suture *interfrontale* seule est tout à fait ossifiée. Les *sutures pariéto-occipitales* ont des dentelures un peu plus sinueuses, et l'occipital est si peu soudé aux pariétaux qu'il en est au contraire presque

(1) Voir son obs. dans le *Compte-rendu* pour 1892, p. 23.

détaché. Il y a une plaque transparente de chaque côté de la suture métopique et au niveau de l'angle antérieur et supérieur des pariétaux ; la droite (25 mm.) est moitié plus grande que la gauche (*Fig.* 20). La voûte paraît symétrique.

Les *Fig* 21, 22, 23 et 24 permettent de se rendre compte de l'état du *cerveau*.



Fig. 20. — Obs. XI.

Obs. XI bis.— Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale.

Sommaire. — *Père, caractère violent. — Grand'mère maternelle, morte d'apoplexie. — Mère, caractère emporté. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans 1/2.*
Émotion au 2e mois de la grossesse, « révolution intérieure. »

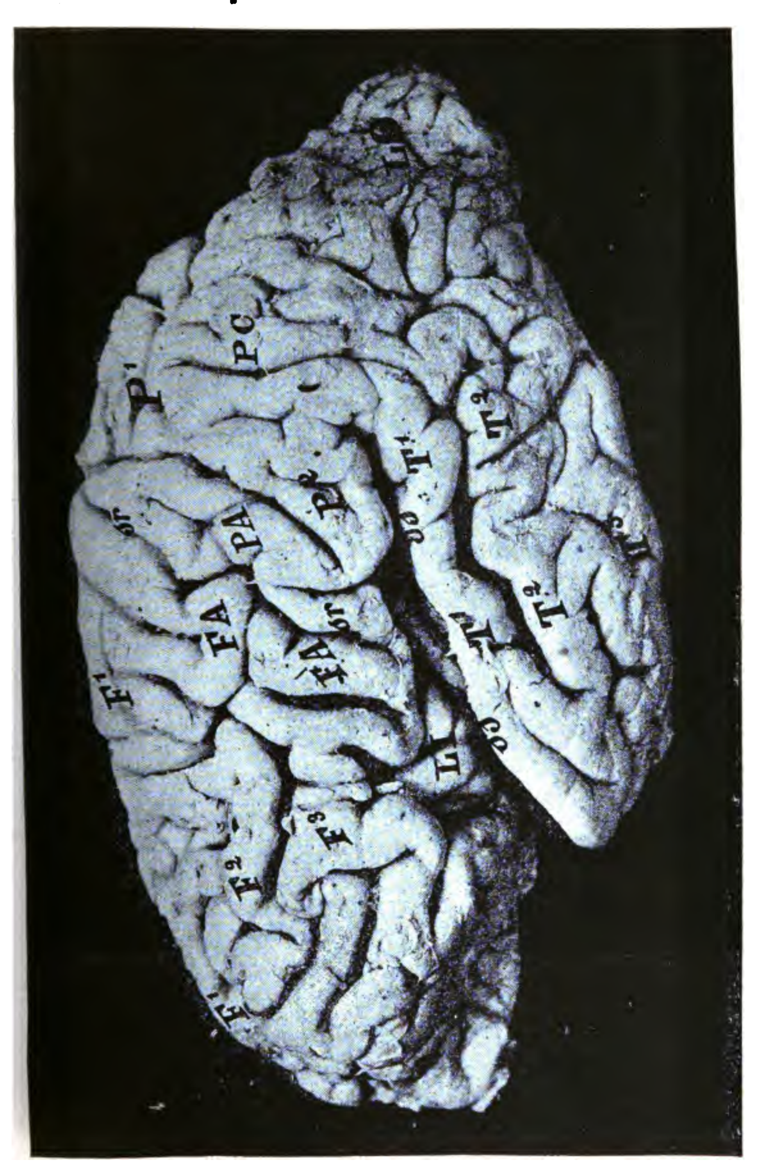


Fig. 21. — Obs. XI. — Hémisphère cérébral gauche ; face externe.

F^1, F^2, F^3, première, seconde, troisième circonvolutions frontales.
FA, circonvolution frontale ascendante.
PA, circonvolution pariétale ascendante.
P^1, P^2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur, pli courbe.
LO, lobe occipital.
T^1, T^2, T^3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.
LI, lobule de l'insula.
ss, scissure de Sylvius.
sr, sillon de Rolando.

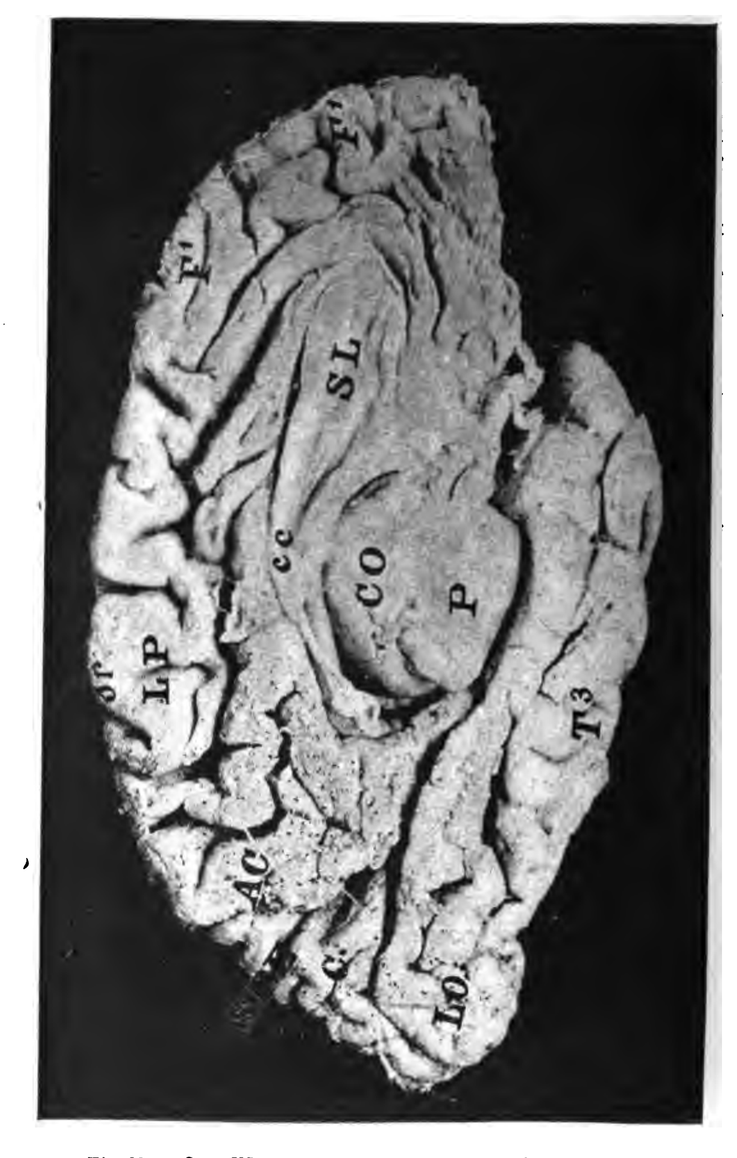


Fig. 22. — Obs. XI. — Hémisphère cérébral gauche ; face interne.

F1, première frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
Lo, lobe occipital.
T3, troisième temporale.
CO, couche optique.
P, pédoncule.
SL, septum lucidum.
SPE, scissure perpendiculaire.
cc, corps calleux.
sr, sillon de Rolando.

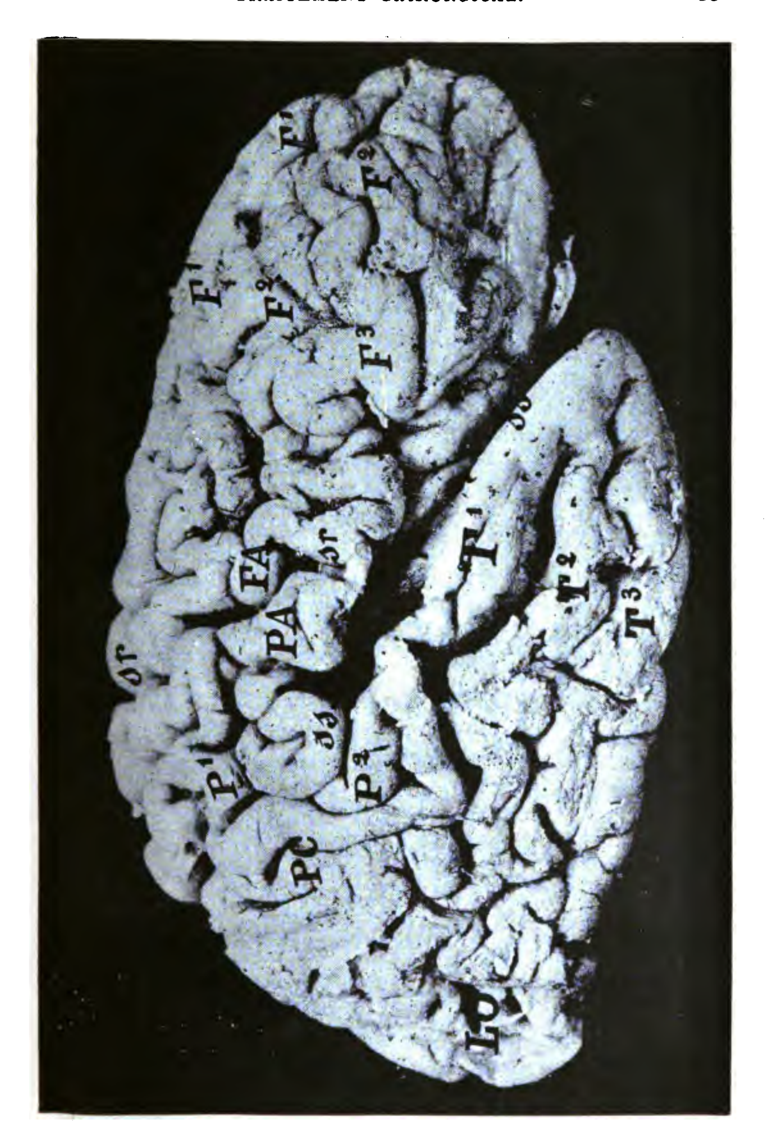


Fig. 23. — Obs. XI. — Hémisphère cérébral droit ; face externe.

F1, F2, F3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
P1, P2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur ; pli courbe.
T1, T2, T3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.
LO, lobe occipital.
ss, scissure de Sylvius.
sr, sillon de Rolando.

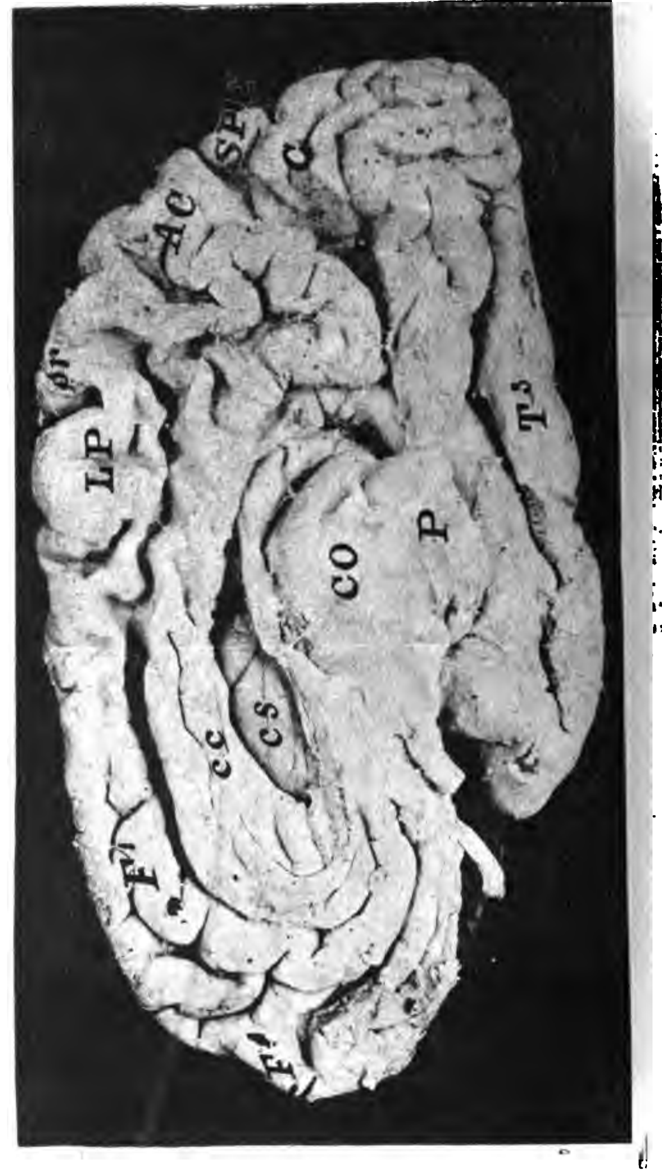


Fig. 24. — Obs. XI. — Hémisphère cérébral droit ; face interne.

F1, première frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
T3, troisième circonvolution temporale.
cc, corps calleux.
cs, corps strié.
co, couche optique.
P, pédoncule.
SPE, scissure perpendiculaire externe.
sr, sillon de Rolando.

Pleurésie purulente et empyème à 19 mois.—Convulsions vers 2 ans pendant 17 jours. Gâtisme. Lymphatisme. — Sentiments affectifs nuls. — Marche, attention et parole nulles. Tics de la bouche et des yeux. Onanisme. Rougeole, diarrhée. Amaigrissement. Pneumonie. Mort.

Fig. 24 bis. — Obs. XI bis.

AUTOPSIE. — *Absence de synostose, aspect chagriné, plissement des circonvolutions, sclérose cérébrale, la substance grise semble mobile sur la substance blanche. — Légère dilatation du ventricule cérébral gauche.*

Rouger... (Marcel) est né à Paris, le 15 janvier 1889 (3 ans 1/2).

Crâne. — Il est ovoïde avec dépression du frontal à droite et du pariétal à gauche, et surtout de l'occipital. Son épaisseur varie de 1 mm. 1/2 à 2 mm. 1/2. Il est transparent en plusieurs endroits surtout au niveau du bregma. — La suture métopique est fermée, mais toutes les autres sutures persistent à l'intérieur comme à l'extérieur du crâne. Elles sont sinueuses même au niveau de l'obélion. (*Fig.* 24 bis).

OBS. XII. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE ATROPHIQUE DE L'HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL GAUCHE ET DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE DE L'HÉMISPHÈRE DROIT.

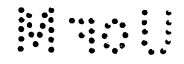
SOMMAIRE. — *Père, convulsions de l'enfance, nerveux, sujet à des céphalalgies. — Grand-père paternel, migraineux. — Grand'mère paternelle, rhumatisante, crises de nerfs. — Arrière-grand-père paternel, mort d'hémorrhagie cérébrale. — Arrière-grand'mère paternelle, morte d'un cancer utérin. — Grand-oncle paternel, mort tuberculeux. — Grand'-tante et cousins paternels, morts de convulsions. — Mère : céphalalgies, mélancolie. — Arrière-grand-père maternel, suicidé. — Frère, convulsions et méningite. — Sœur, convulsions avec hémiplégie transitoire. — Pas de consanguinité. — Egalité d'âge.*

Premières dents à 4 mois. Dentition complète à 3 ans 1/2. Peur à six mois suivie de convulsions courtes et répétées, prédominant dans tout le côté droit. — Hémiplégie droite à 11 mois, compliquée de contracture. — Tic particulier des membres du côté droit à 18 mois. — Déviation du rachis. — Rougeole à 11 mois (?). — Bronchite à 15 mois. — Tic de la face. — Succion, bave, cris gutturaux. — Hémiplégie droite avec contracture, épilepsie spinale. — Tic du pied gauche. — Phimosis. — Rougeole : mort.

AUTOPSIE. — *Plagiocéphalie très prononcée. — Développement et épaississement plus grand de la moitié droite du crâne. — Absence de synostose. — Diminution de calibre des artères de la moitié gauche du cerveau. — Atrophie de la bandelette optique, du pédoncule cérébral, du tubercule mamillaire gauches. — Sclérose atrophique de l'hémisphère cérébral gauche. — Méningo-encéphalite de l'hémisphère cérébral droit.*

Hug... (Georges) est né à Paris, le 21 mars 1888 (4 ans).

Crâne. — La *calotte* du crâne est très mince ; toute sa *moitié droite a une épaisseur moitié moindre que la gauche.* Les zones de transparence y sont nombreuses, surtout au niveau de la partie postérieure du pariétal droit et de la partie supérieure et droite de l'occipital. Transparence encore très marquée dans la région de la fontanelle antérieure, le long des sutures et à la partie médiane du front sur une surface d'environ 2 cm. q. A gauche, les régions pariétales postérieure et occipitale supérieure sont encore transparentes,



mais moins qu'à droite. Le crâne est parsemé, surtout au niveau de ses parties opaques, de petits traits noirs, de quelques millimètres, produisant absolument l'aspect que donne une épine enfoncée dans l'épaisseur de la peau. Il est aisé de se rendre compte que l'origine de cette particularité est la coagulation du sang dans les canaux du diploé. Les vaisseaux



Fig. 25. — Obs. XII.

méningiens ont marqué sur les pariétaux des sillons très peu accentués. Pas de traces de la suture métopique. Les *sutures fronto-pariétales* et *sagittale* sont finement dentelées et presque rectilignes au niveau de leur union. La suture sagittale laisse voir à son tiers postérieur une partie rectiligne de 2 centimètres environ, située au fond d'une légère dépression ;



Fig. 26. — Obs. XII. — Hémisphère cérébral gauche; face externe.

F¹, F², F³, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.

P¹, P², PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur, pli courbe.
T¹, T², T³, première, seconde et troisième temporales.
LI, lobule de l'insula.
ss, scissure de Sylvius.

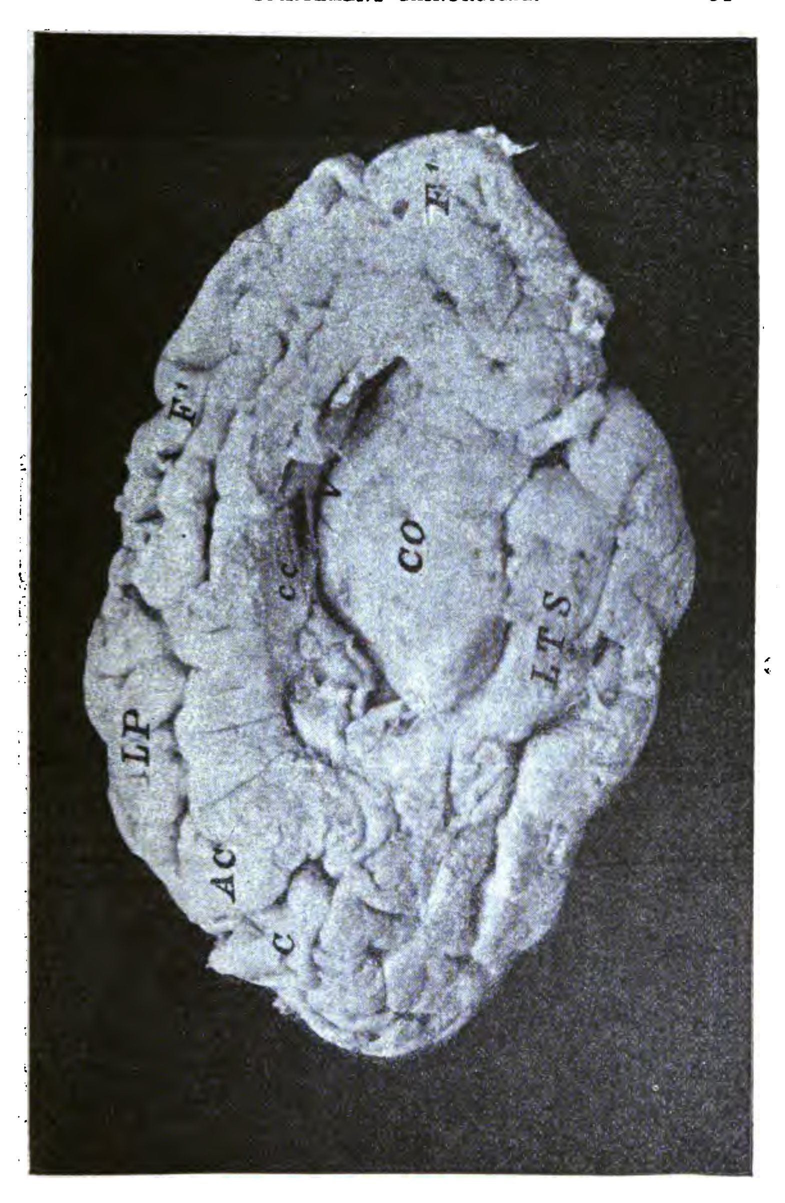


Fig. 27. — Obs. XII. — Hémisphère cérébral gauche ; face interne.

F1, première circonvolution frontale.
LP, lobule paracentral.
AC, avant-coin.
C, coin.
LTS, lobe temporo-sphénoïdal.
co, couche optique.
v, ventricule.
cc, corps calleux.



Fig. 28. — Obs. XII. — Hémisphère cérébral droit ; face externe.

F1, F2, F3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
FA, frontale ascendante.
PA, pariétale ascendante.
P1, P2, PC, lobes pariétaux supérieur et inférieur ; pli courbe.
Lo, lobe occipital.
T1, T2, T3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.
LI, lobule de l'insula.
sr, sillon de Rolando.
ss, scissure de Sylvius.

elle se continue, en formant toujours une légère gouttière, jusqu'à la suture lambdoïde et montre dans sa dernière partie des dentelures très accentuées et très contournées. Il en est de même de la *suture lambdoïde*. Sur tout le trajet de ces sutures on ne note *aucune trace de synostose* (*Fig.* 25).

L'aspect général du crâne est caractérisé par une *asymétrie considérable. Tout le côté droit*, dont nous avons signalé la plus grande épaisseur, *est beaucoup plus développé et plus saillant que le gauche*. La *base du crâne* est également asymétrique ; elle est beaucoup plus développée à droite et paraît tordue autour de son axe antéro-postérieur, qui au lieu d'être rectiligne serait convexe à droite. En résumé, il y a une *plagiocéphalie* des plus accentuées.

Les *Fig.* 26 et 27 montrent l'*hémisphère gauche atrophié sclérosé*, et la *Fig.* 28 la face convexe de l'*hémisphère droit* plus volumineux et siège de *lésions méningitiques*.

OBS. XIII. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE ET DE SCLÉROSE CÉRÉBRALE.

SOMMAIRE. — *Père, caractère très emporté. — Grand-père paternel, coléreux, quelques excès de boisson ; mort phthisique. — Grand'mère paternelle, migraineuse. — Grand-oncle paternel mort aliéné ; excès de boisson. — Tante paternelle migraineuse. — Tante paternelle tuberculeuse. — Mère sujette à des migraines qui cessent durant les grossesses. — Grand'mère maternelle nerveuse, névralgique. — Arrière grand-père maternel mort paralysé et aphasique. — Grand'tante maternelle morte tuberculeuse. — Grand-oncle maternel aliéné. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an. — Frère, convulsions, mort de méningite. — Deux sœurs ont eu de petites convulsions et une autre des crises épileptiformes.*

Chagrins durant la grossesse. — Naissance à 7 mois 1/2. — Première dent à 9 mois; dentition complète à 2 ans 1/2. Début de la parole à 16 mois. Bronchite à 7 mois 1/2. — Rachitisme. — Marche à 4 ans 1/2. — Rougeole à 13 mois (?) et à 7 ans 1/2. — Convulsions à 9 mois. Arrêt de l'intelligence. — Scarlatine à 7 ans 1/2. — Brûlure à 7 ans, suivie d'un tremblement. — Étourdissements avec chûte. — Céphalalgie. — Diminution de l'intelligence; aggravation du tremblement. — Modifications du caractère. — Accès de colère. — Grincements de dents. — Bégaiement. — Broncho-pneumonie. Mort.

AUTOPSIE. — *Épaississement et adhérences de la pie-mère. — Adhérences des lobes frontaux. — Atrophie simple ou scléreuse d'un grand nombre de circonvolutions. — Sillons peu profonds ; prédominance des lésions à gauche. — Hépatisation rouge du poumon gauche. — Adhérences pleurales du même côté.*



Deshaye... (Eugène) est né à Paris le 20 juillet 1878 (15 ans $^{1}/_{2}$).

Crâne. — Il est régulièrement ovoïde, son épaisseur varie de 3 à 4 mm. Il est dur, congestionné. Les sutures coronale, sagittale et lambdoïde sont très sinueuses et visibles sur les deux faces. Il existe un os wormien à gauche et à droite du bregma, ayant environ un centimètre carré, sur chacun des côtés de la suture lambdoïde (*Fig.* 29).

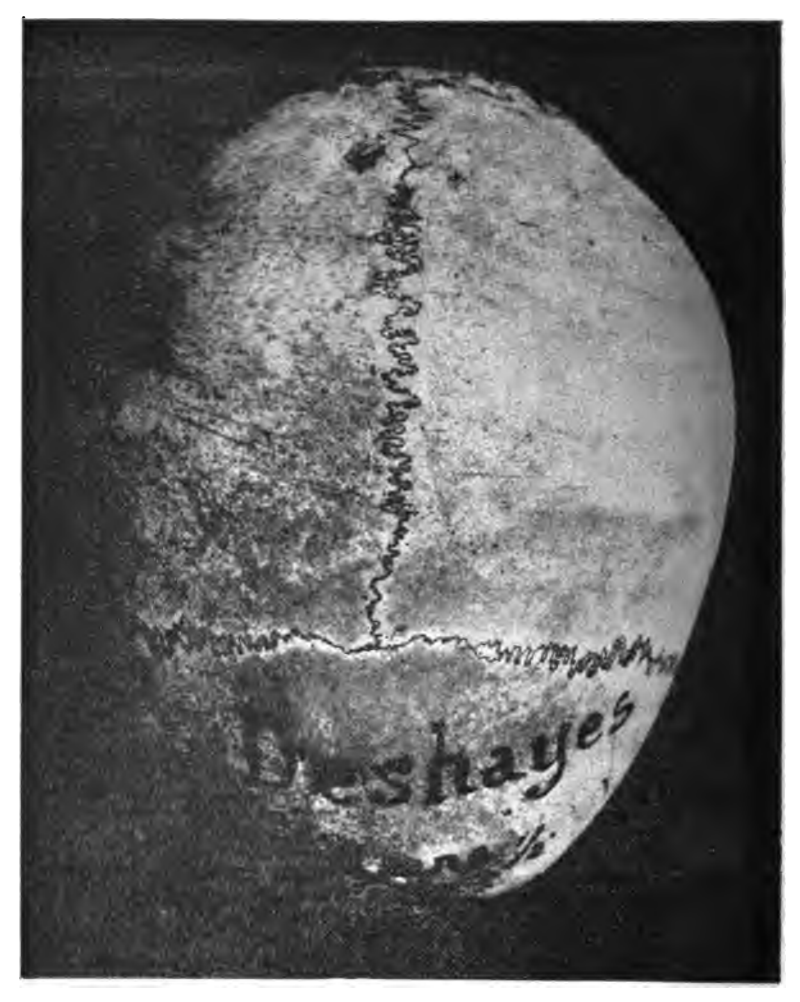


Fig. 29. — Obs. XIII.

OBS. XIV. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

SOMMAIRE. — *Rien du côté paternel. — Mère d'une intelligence peu développée. Grand'mère maternelle un peu nerveuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de* 5 *ans.*
Enfant petit à la naissance. — Jamais de convulsions (?). — Fièvre à 8 *mois dite typhoïde(?) suivie d'un état d'hébétude. — Attitude inclinée de la tête. — Parole, attention connaissance, affectivité nulles. — Marche à* 2 *ans. — Gâtisme. — Voracité. — Salacité. Clastomanie. — Grimaces de la face. — Grincement des dents. — Actes inconscients. — Tentative d'incendie. — Granulie. — Mort.*



Fig. 30. — OBS. XIV.

AUTOPSIE. — *Lésions méningitiques généralisées. — Tuberculose pulmonaire.*

Lapoussi... est né le 5 mars 1882 (11 ans).

Crâne. — Il est presque circulaire, mince, 3 à 4 mm. d'épaisseur, transparent en grande partie au niveau de la région moyenne du frontal, du bregma, sur les parties inférieures des pariétaux et la région supérieure de l'occipital. La suture métopique est fermée. Les sutures coronale, sagittale et lambdoïde sont sinueuses, persistent sur les deux faces et sont en partie transparentes. Il existe deux petits os wormiens sur la branche gauche de la suture lambdoïde (*Fig.* 30).

OBS. XV. — IDIOTIE MYXOEDÉMATEUSE (1).

SOMMAIRE. — *Père, mort tuberculeux. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle morte d'un cancer de l'utérus. — Oncle paternel, excès de boisson. — Tante paternelle, migraineuse. — Deux cousins issus de germain, idiots. — Mère, sujette à des douleurs névralgiques, très nerveuse. Grand-père maternel, excès de boisson. Grand mère maternelle, hystérique. Arrière-grand-père maternel, excès de boisson, mort d'une attaque de paralysie. — Grand-oncle maternel, excès de boisson. Grossesse mauvaise : envie insurmontable de dormir.*

Asphyxie à la naissance. Premières convulsions à 14 mois. Refroidissement et cyanose de la moitié inférieure du corps. Jeûne. Pertes de connaissance à partir de 3 ans. — Caractères complets de la cachexie pachydermique ; physionomie typique ; cheveux bruns roux ; persistance de la fontanelle antérieure ; gonflements lipomateux des joues, des creux sus et sous-claviculaires, des aisselles ; peau cireuse, eczémateuse ; état pachydermique des pieds et des mains ; hernie ombilicale ; rachitisme ; ABSENCE DE LA GLANDE THYROIDE. — *Congestion pulmonaire intense, mort en syncope.*

AUTOPSIE. — *Absence complète de la glande thyroïde. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Aspect gélatiniforme des circonvolutions cérébrales.*

Bourg... (Fern. A.) est né à Paris le 1er juillet 1883 (5 ans).

Crâne. — Les os qui le composent sont très minces, translucides dans la plus grande partie de leur étendue. *Toutes les sutures persistent, même la suture métopique.* La *fontanelle antérieure* est restée ouverte dans une longeur de 6 centimètres d'avant en arrière, et de 4 centimètres transversalement (*Fig.* 31). En arrière de cette membrane, il existe une portion osseuse transparente mesurant d'avant en arrière 3 centimètres et se détachant de chaque côté de la partie cor-

(1) Voir l'obs. complète dans le *Compte rendu* du service pour 1889, p. 74.

respondante de la suture inter-pariétale sous forme d'aile. A chacune des extrémités du diamètre transversal de la fontanelle existe, sur la suture fronto-pariétale, un os wormien. — La suture métopique, très visible à l'extérieur dans toute sa hauteur, commence à se fermer à la face interne. Sur la suture



Fig. 31. — Obs. XV.

inter-pariétale, en arrière, dans ses quatre derniers centimètres, il existe sept os wormiens répondant à la fontanelle postérieure. Entre ces os wormiens, qui se retrouvent sur la face interne du crâne, se voient des traînées translucides. — Sur les sutures pariéto-occipitales des deux côtés, il existe

une dizaine d'os wormiens à droite et une quinzaine à gauche. — L'occipital semble séparé, au moins dans sa partie supérieure correspondante à la calotte, par une sorte de suture qui continue la suture inter-pariétale.

Obs. XVI. — Idiotie myxœdémateuse.

Sommaire. — *Père, grand et fort, nez aquilin, canitie complète en une nuit* (1870), *caractère un peu emporté, mort probablement d'un cancer de l'intestin. — Grand-père paternel, attaque de paralysie. — Oncle paternel, mort à sa 3e attaque apoplectique (hémiplégie gauche). — Cousine paternelle au 4e degré, morte épileptique.*

Mère, grande et forte, nez aquilin, convulsions légères pendant l'enfance (2 fois), migraines de 16 à 23 ans ayant disparu par le mariage. — Grand'mère maternelle, paralytique. — Un grand-oncle, trois cousines et une petite cousine maternelle, mortes de la poitrine. — Tante maternelle, hystérique. — Frère, convulsions légères. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.

Conception au commencement d'octobre 1870. Deux violentes émotions avec perte de connaissance prolongée suivie de tremblement à la fin de décembre : disparition des mouvements de l'enfant ; développement considérable du ventre. — Accouchement à 7 mois. — A la naissance, asphyxie qui a persisté trois jours. — Tête assez volumineuse. — Ventre un peu gros ; absence de sourcils et d'ongles. — Propre à 18 mois. — Allaitement jusqu'à 16 mois ; aspect naturel. — Première dent à 3 ans ; persistance de la dentition de lait. — Petite vérole (3 ans), *rougeole* (4 ans). — *Épaississement des joues, des lèvres et de la langue et développement du ventre vers 5 ans. — Battements du cerveau au niveau de la fontanelle antérieure. — Retard de la marche. — Début de la parole à 5 ans. — Blépharite ciliaire chronique (8 ans). — Début des pseudo-lipomes vers 9 ans. — Eczéma à partir de 10 ans. — Alopécie partielle à 16 ans. — Coryza chronique. — Bave. — Voix rauque et stridente. — Appétit médiocre ; déglutition gênée, constipation ; chûte du rectum. — Sentiment de la pudeur. — Pas d'onanisme. — Déviation du tronc et des membres à partir de 3 ans. — Caractères classiques de l'idiotie myxœdémateuse. — Taille exiguë. Persistance de la fontanelle antérieure ; absence de la glande thyroïde, pseudo-lipomes, arrêt complet de la puberté, cyanose habituelle des lèvres, sensibilité au froid, répugnance au mouvement, voix stridente, etc.., etc...*

1891. *Revaccination avec succès.*

1893. *Coqueluche. — Prolapsus du rectum. — Bronchite ; tympanisme ; mort.*

Autopsie. — *Transparence, minceur et coloration d'un jaune cireux des os du crâne. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Absence de synostose. — Glande*

pituitaire un peu hypertrophiée. — Simplicité des circonvolutions cérébrales. — Pseudo-lipomes. — Absence complète de la glande thyroïde, du thymus, des glandes mammaires. — Etat des divers organes, etc.

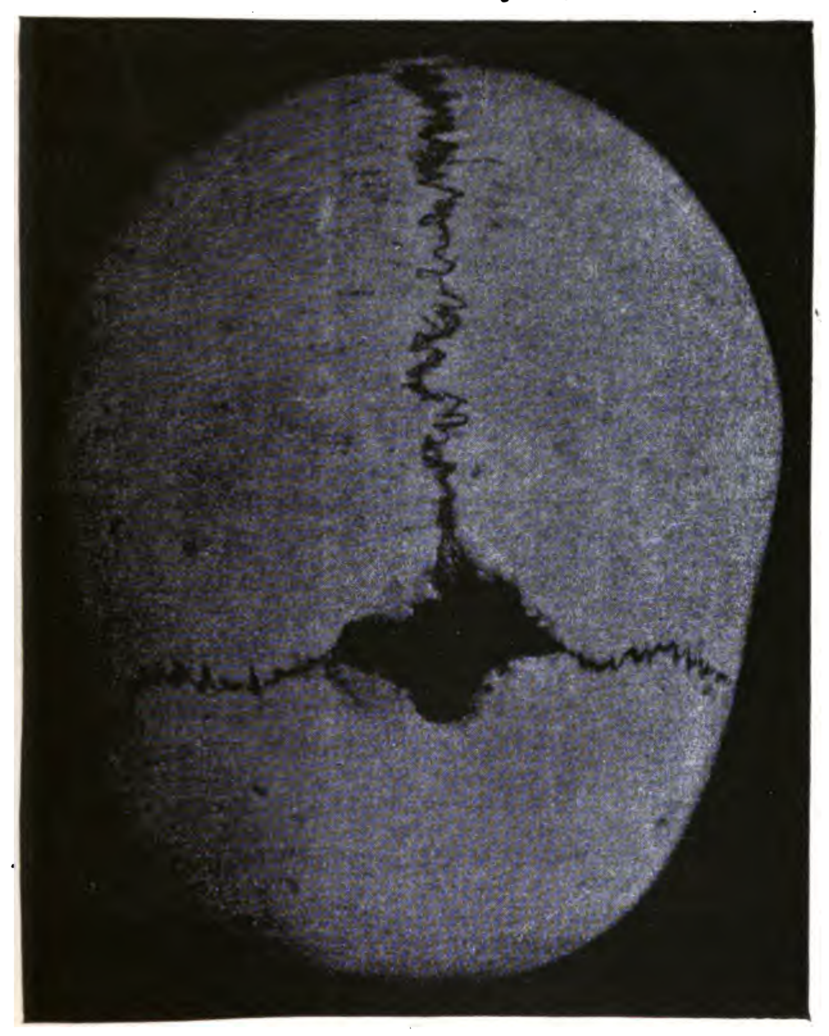


Fig. 32. — Obs. XVI.

Beyn... (Marie) est née à Orléans, le 8 avril 1871 (22 ans).

Crâne. — La *calotte* est mince (un millimètre 1/2 à trois millimètres), facile à scier; un fragment s'est cassé pendant l'opération. Les os ont une coloration d'un jaune cireux très prononcé. Entre la calotte et la dure-mère, il y a une sorte de vide assez considérable.

Ainsi qu'on l'avait constaté pendant la vie, la *fontanelle antérieure* persiste. Elle a la forme d'un losange irrégulier, mesure 0,027 millimètres d'avant en arrière et 0,040 millimètres transversalement. La membrane qui la compose est notablement moins épaisse et moins résistante que celle que nous avons vue chez le Pacha. Le crâne est presque partout translucide ; il l'est particulièrement sur la partie du frontal droit voisine de la partie correspondante de la fontanelle, et en arrière au niveau des angles antérieurs et supérieurs des pariétaux, à la suite des bords postérieurs de la fontanelle. Cette partie transparente, qui continue en arrière la fontanelle, a 4 centimètres et demi de longueur. Les sillons des artères méningées sont très creux, très amincis. La *suture métopique* est soudée, les *sutures fronto-pariétales* sont sinueuses, imbibées de sang, transparentes. La *suture inter-pariétale* est très dentelée, sans traces de synostose. Il en est de même de la *suture lambdoïde* qui présente au niveau du lambda trois *os wormiens*. Il n'y a pas trace de division de l'occipital. Sur la face interne, les sutures ne sont pas synostosées ; la suture inter-pariétale est encore sinueuse sur la plus grande partie de son étendue. Les sutures fronto-pariétales sont représentées seulement par une ligne légèrement sinueuse mais non dentelée. — Les différentes *cavités de la base du crâne* sont symétriques. — Le *trou occipital* n'est pas rétréci. (*Fig.* 32.)

Les trois crânes suivants ont un grand intérêt au point de vue du mode d'action qu'exerce le *cerveau* sur le *crâne* et en particulier sur la *distension des sutures* et consécutivement sur l'écartement des os.

Obs. XVII. — Idiotie méningitique (1).

Sommaire. — *Père, quelques excès de boisson, caractère emporté. — Grand-père paternel, caractère emporté, mort de la rupture d'un anévrysme de l'aorte. Grand'mère paternelle, cataracte double, excès de boisson (?). Arrière-grand-père paternel, mort de la pierre. Arrière-grand'mère paternelle, morte de la rupture d'un anévrysme aortique. — Grand-oncle paternel, convulsions dans l'enfance avec déformation des pieds, taille exiguë. — Deux grand'tantes paternelles, mortes de convulsions. — Oncle paternel, mort de méningite. — Autre oncle paternel, suicidé. — Tante paternelle, morte d'attaques d'éclampsie. — Mère, soignée comme hystérique à la Salpêtrière, poètesse. — Grand-père maternel, mort phthisique. — Grand'mère maternelle, très colère ; a eu des attaques de nerfs. — Pas de consanguinité — Inégalité d'âge de 6 ans.*

Syncopes et attitude particulière de la mère pendant la grossesse. — Accouchement à 7 mois. — Enfant très-petite

1) L'obs. complète figure dans le *Compte rendu* de 1892, p. 173.

à la naissance. — Convulsions probables à 3 jours se répétant cinq ou six fois dans le premier mois. — Première dent à 2 ans. — Parole limitée à quelques mots. — Marche nulle. — Onanisme, gâtisme. — Pneumonie et pleurésie (?) à un an. — Coqueluche à 2 ans. — Connaissance presque nulle. — 1892. Entérite, ictère, syncopes; mort.

AUTOPSIE. — *Sutures gorgées de sang, distendues. — Crâne asymétrique (Plagiocéphalie); — absence de synostose; — persistance de la fontanelle antérieure. — Adhérences de la dure-mère au crâne. — Méningo-encéphalite disséminée sur les deux hémisphères du cerveau. — Tubercules du poumon gauche.*

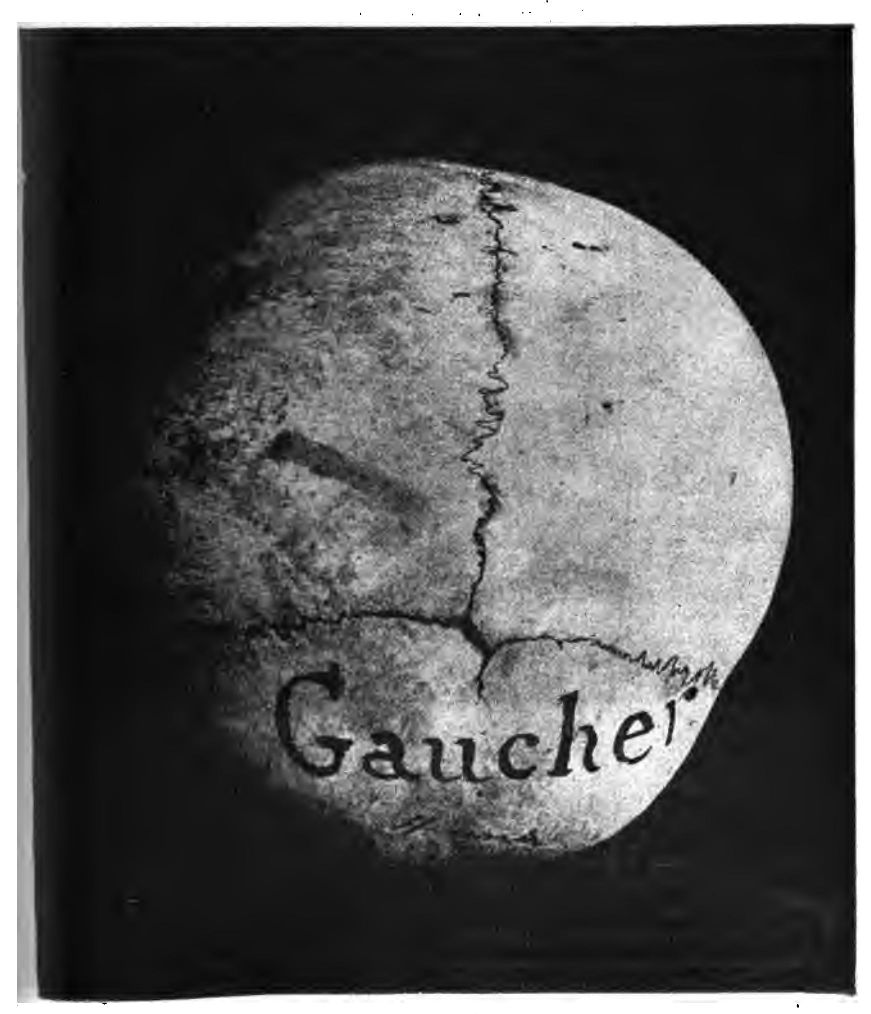


Fig. 33. — OBS. XVII.

Gauch... (Adrienne) est née à Paris, le 12 mars 1889 (3 ans et 9 mois).

Crâne.—On est obligé, pour détacher la calotte, de faire une section circulaire de la dure-mère, qui adhère fortement aux os au niveau des sutures inter-frontales, fronto-pariétales, interpariétale, et dans le voisinage de cette dernière. *Les sutures sont gorgées de sang et la partie osseuse voisine est considérablement vascularisée.* Le lendemain de l'autopsie, alors que la calotte avait macéré et était complètement nettoyée, les sutures restaient très nettement accentuées par des dentelures rouges; les parties osseuses voisines étaient également très rouges.

La calotte a la forme d'un trigone irrégulier et est très asymétrique : le pariétal droit se développe d'une façon prononcée en dehors et en arrière; il en est de même de l'occipital du même côté. Les deux pariétaux se présentent sous la forme de saillies hémisphériques; la bosse frontale gauche est plus saillante que la droite. L'épaisseur des os est très inégale ; il existe des points translucides : 1° autour de ce qui reste de la fontanelle antérieure; 2° en bas et en arrière dans une étendue de 6 à 7 centimètres carrés de chaque côté; 3° sur l'occipital, à droite et à gauche, dans les points correspondants à ceux qui sont indiqués pour les pariétaux. Les *sutures* n'offrent pas de traces d'ossification à leur surface externe. La *suture coronale*, peu dentelée, ne l'est point du tout au niveau des points dernièrement ossifiés de la fontanelle antérieure. Les deux sutures, *sagittale* et *lambdoïde*, ne sont pas non plus ossifiées. Au niveau de la dernière existent de petits ilots osseux (*os wormiens*).

Des *fontanelles*, il ne reste que l'antérieure, représentée par une membrane translucide presque de niveau avec les os qui l'encadrent et ayant un centimètre de long sur trois millimètres de large. Elle est dirigée obliquement de droite à gauche et d'arrière en avant (*Fig.* 33).

D'après les auteurs, la *trigonocéphalie* serait produite par la synostose prématurée de la suture métopique ou médio-frontale. Nous ferons remarquer que, bien que l'enfant Gauch..., trigonocéphale, ait près de 4 ans, la *suture métopique* persiste dans une étendue d'un centimètre.

Obs. XVIII. — Idiotie symptomatique d'une tumeur sarcomateuse du cervelet *(Hydrocéphalie)* (1).

Sommaire. — *Tumeur cérébrale, hydrocéphalie symptomatique. — Grand-père paternel, alcoolique. — Mère, convulsions à 2 ans. — Premiers symptômes à 10 ans. — Céphalalgie, vomissements, gâtisme. — Paraplégie spasmodique.*

---

(1) Son observation a été publiée dans notre *Compte rendu* du service pour 1890, p. 41.

Atrophie double du nerf optique. — Mort par fracture du crâne.

AUTOPSIE. — *Sarcome à petites cellules siégeant dans la cavité du 4e ventricule et sur la partie latérale du bulbe et du cervelet. — Hydrocéphalie : dilatation des ventricules cérébraux.*



Fig. 34. — OBS. XVIII. — Écartement des sutures.

Ber.... (Charles) est né aux Sables d'Olonnes, le 26 mars 1878 (12 ans).

***Crâne.* — La *calotte crânienne* présente une épaisseur très faible. Elle est transparente dans presque toute son étendue ; les deux côtés sont symétriques. Au niveau de la *fontanelle antérieure*, il existe encore une surface de quelques millimètres carrés non ossifiée. Les sutures sagittale, lambdoïde et fronto-pariétales ne sont pas soudées, et les différents os qu'elles séparent présentent une mobilité relative. Le frontal est soudé.**

Lors du premier examen de la tête, on avait noté que les

fontanelles et les sutures semblaient fermées; c'est donc durant le séjour du malade à Bicêtre que s'est opéré cet écartement des os, qui vient fournir, croyons-nous, un argument sérieux contre la *crâniectomie* (*Fig.* 34). C'est parce que les os du crâne ont pu s'écarter aussi largement que les phénomènes de compression n'ont pas été plus graves, ont offert une grande lenteur et même des rémissions dans leur marche. La vie aurait donc pu se prolonger encore s'il n'était survenu un traumatisme qui a eu promptement une issue fatale. Tous les os étaient translucides, notablement amincis, car ils n'avaient qu'un à deux ou 3 millimètres d'épaisseur.

Obs. XIX. — Idiotie symptomatique de tumeurs du cervelet compliquées d'hydrocéphalie ; distension des sutures(1).

Sommaire. — *Père, migraineux dans l'enfance, très colère, nombreux excès de boisson avant le mariage. (A deux, 60 bouteilles de bière en un jour). Malformation des doigts (trois doigts seulement à la main droite). — Grand'mère paternelle très nerveuse, sujette à des migraines, mort subite. — Arrière-grand'tante paternelle en enfance. — Mère, nerveuse ; cauchemars. — Grand'mère maternelle, hypochondriaque, aliénée. — Arrière-grand'oncle maternel, suicidé par pendaison. — Grand-père maternel, alcoolique, violent. — Grand-oncle maternel, mort d'une attaque d'apoplexie. — Pas de consanguinité — Inégalité d'âge de 3 ans.*

Allaitement partiel au lait de chèvre. — Intelligence ordinaire jusqu'à 6 ans. Violents maux de tête avec vomissements bilieux. — Deux mois plus tard, parésie des jambes, affaiblissement de la vue; puis paralysie et cécité complètes; — crises convulsives probables (?). — Nystagmus; strabisme divergent; atrophie blanche des deux papilles. — Paraplégie spasmodique. — Trépidation spinale — Accès migraineux avec vomissements et élévation de la température. — Accès de colère. — Gâtisme. — Congestions de la face. Augmentation de volume de la tête. — Amélioration passagère à la Fondation Vallée : diminution de la paralysie. — Gangrène des extrémités inférieures. Septicémie. Mort.

Autopsie. — *Écartement des os du crâne; — état membraneux des sutures. — Hydrocéphalie ventriculaire double. — Dilatation du troisième ventricule. — Kystes et infiltration sanguine du cervelet (tubercules transformés).*

Bais... (Marie) est née à Vitteau (Côte-d'Or), le 2 novembre 1882 (10 ans).

Crâne. — La calotte est à peu près symétrique, plus développée cependant à droite qu'à gauche. Les fontanelles sont fermées, mais les *sutures coronale, sagittale* et *lambdoïde*

1) Voir l'obs. complète dans le *Compte-rendu* du service pour 1892, p. 233.

sont écartées, et l'intervalle compris entre les dentelures des sutures correspondantes est comblé par une membrane mince et transparente. Les dentelures des os se sont très allongées; leur écartement de celles de l'os voisin atteint jusqu'à 3 ou 4 centimètres. Les parties osseuses voisines du tiers moyen de la suture coronale sont transparentes. Les deux pariétaux



Fig. 35. — Obs. XIX. — Écartement des sutures.

offrent aussi en bas des impressions digitales qui les rendent translucides (*Fig.* 35).

La base est sensiblement symétrique. Le plancher des orbites offre des impressions digitales très profondes. La fosse pituitaire est un peu élargie, aplatie. Les fosses sphénoïdales paraissent symétriques. La fosse occipitale gauche est un peu plus

développée que la droite, en sorte qu'il existe un léger degré de *plagiocéphalie.*

Dans le cas de Gauch... (Obs. XVII), la distension des sutures s'est opérée sous l'influence d'une lésion aiguë, une poussée méningitique qui a déterminé une congestion intense des os et surtout de la membrane intersuturale. Dans les cas de Berl... et de Bais..., l'écartement des sutures s'est effectué lentement, d'une façon chronique, par la poussée du liquide céphalo-rachidien, au fur et à mesure qu'augmentait l'*hydrocéphalie.* Quelque opinion qu'on se forme sur ces deux procédés pathologiques de la distension des sutures, ils nous paraissent donner une idée du procédé physiologique et mériter d'être signalés spécialement.

Voici maintenant trois crânes appartenant à des enfants idiots (1 fille et 2 garçons) qui ont été soumis à la *crâniectomie.*

Obs. XX. — Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite ; craniectomie.

Sommaire. — *Père, migraineux, rhumatisant, graveleux. — Grand-père paternel, nombreux excès de tout genre ; plusieurs attaques apoplectiques ; hémiplégique. — Demi-oncle paternel, mort phtisique.— Mère nerveuse. — Grand'mère maternelle, asthmatique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.*

Enfant petite à la naissance. — Déglutition pénible ; bave ; retard des premières manifestations intellectuelles, préhension difficile ; gâtisme. — Mémoire des personnes, sentiments affectifs conservés. — Grimpeuse. — Accès de colère. — Crâniectomie en mars 1891 : pas de modification de l'état intellectuel. — Pelade à l'entrée. — Tuberculisation pulmonaire et péritonéale. Mort.

Autopsie. — *Absence de synostose des sutures du crâne. — Description de la brèche osseuse ; — lésions de méningo-encéphalite, etc.* (1).

Blai... (Maria) est née à la Ferté-Saint-Samson, le 8 juin 1874 (17 ans).

Crâne. — Il est légèrement asymétrique ; le côté gauche est plus développé au niveau de la région occipitale que le côté droit ; la protubérance occipitale semble reportée à droite de la ligne médiane. L'épaisseur des parois crâniennes varie de 2 à 4 millimètres ; aucune trace des fontanelles. *Au niveau du pariétal gauche* se trouve une *perte de substance* à direction antéro-

(1) Voir l'obs. complète dans notre *Compte rendu* de 1892, p. 293.

postérieure, parallèle à la suture inter-pariétale et à 22 millimètres de celle-ci ; sa longueur est de 65 millimètres, sa largeur moyenne de 12 millimètres ; ses bords émoussés offrent un aspect polycyclique montrant qu'elle résulte de l'application d'une série de couronnes de trépan *(Fig. 36)* ; elle empiète

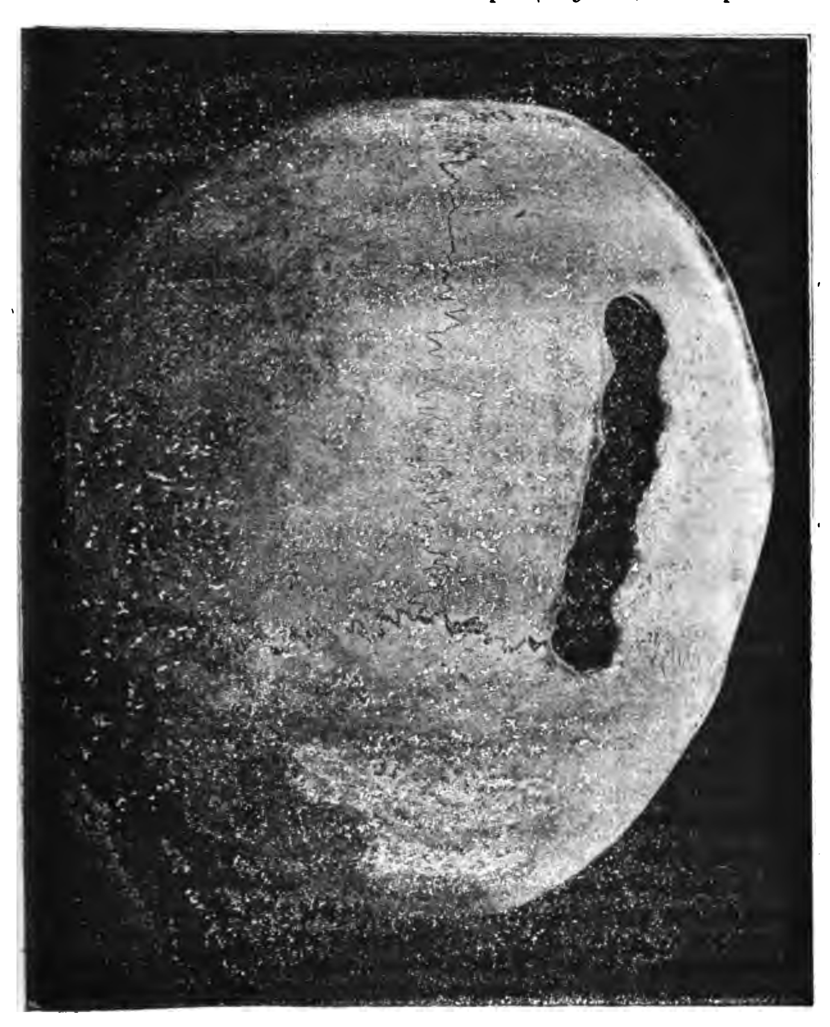


Fig. 36. — Obs. XX.

un peu en avant, sur la suture fronto-pariétale. — La *dure-mère* n'adhère pas avec le crâne, même au niveau de la perte de substance. La *suture métopique* est soudée. — La *suture coronale* est très finement dentelée. Il en est de même de la *suture sagittale* jusqu'au voisinage des trous pariétaux,

où, sur une étendue d'un peu plus de 0,02 cent., elle est presque rectiligne. La suture lambdoide est très arborescente. — Les sutures sont également apparentes sur la face interne. — Pas d'os wormiens.—Nombreuses plaques transparentes, principalement sur les pariétaux. La *base du crâne* n'offre aucune altération. Sur la dure-mère, au niveau de la perte de substance, se trouve une sorte de fausse membrane rosée, faisant une saillie d'un millimètre, de consistance ferme, ayant comme dimension celui de la perte de substance déjà décrite.

OBS. XXI. — IDIOTIE MÉNINGITIQUE ; CRANIECTOMIE SANS RÉSULTAT APPRÉCIABLE : MODE CURIEUX DE RÉOSSIFICATION DE LA BRÈCHE OSSEUSE.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson. — Grand-père paternel, alcoolique et nerveux. — Oncle paternel, mort de méningite traumatique (?). — Tante paternelle, morte phthisique. — Mère, vive et coléreuse. — Cousin idiot, ne parlant pas. — Un frère, mort de convulsions. — Un autre frère, mort du carreau à 3 ans. — Une sœur, morte de bronchite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de trois ans.*

Conception, grossesse, accouchement : rien de particulier. — Première dent à 10 mois. Dentition complète à 2 ans. — Convulsions dites internes à 3 semaines, se reproduisant quotidiennement jusqu'à la fin du troisième mois ; occlusion des paupières ; immobilité. Strabisme constaté à 13 mois. — Crâniectomie à l'hôpital Trousseau en juin 1890. Coqueluche à 2 ans et demi. — Rougeole à 3 ans et demi. Teigne tonsurante. — Broncho-pneumonie, mort.

AUTOPSIE. — *Description des os du crâne. — Mode de réparation de la brèche osseuse produite par la crâniectomie. Minceur et transparence des os. — Absence de synostose. Adhérences de la dure-mère au niveau des cicatrices osseuses. — Méningo-encéphalite prédominant notablement sur l'hémisphère gauche. — Persistance du trou de Botal. — Lésions pulmonaires.*

Sti.. (Emile F.), 6 ans, est né à Paris, le 12 juin 1886 (1).

Crâne. — La calotte paraît légèrement asymétrique, mais cette asymétrie est plus apparente que réelle ; cette apparence est le fait de l'incision osseuse faite à gauche. Une mensuration exacte démontre que les deux côtés du crâne sont presque parfaitement égaux. La forme générale de la calotte est régulièrement ovoïde, à grosse extrémité occipitale. Les bosses pariétales sont très saillantes. Nous insisterons plus particulièrement sur la *grande minceur des os*, qui offrent une épaisseur variant de 1 à 2 millimètres $^1/_2$. L'occipital est particulièrement mince et présente latéralement des régions transparentes. Des *plaques translucides* existent encore sur les pariétaux et sont surtout nombreuses à la région postérieure

(1) Voir son observation complète dans notre *Compte rendu* de 1892, p. 116.

et inférieure. Les traces des vaisseaux méningés sont nombreuses et nettement accusées sur les pariétaux. Le *frontal*, un peu plus épais que les pariétaux, présente à sa région moyenne une bande transparente. Les *sutures* finement den-



*Fig.*37. — Obs. XXI.

telées n'offrent nulle part *aucune trace de synostose*. La *suture fronto-pariétale*, très dentelée dans ses $^2/_3$ inférieurs à droite et à gauche, devient presque rectiligne, surtout à droite, à 3 centimètres environ du bregma. Un petit os wormien existe de chaque côté dans cette partie rectiligne. A la face interne,

cette scissure est sinueuse, mais n'offre pas de dentelures accentuées. Il n'y a pas de trace de la *suture métopique*. La *suture sagittale*, finement dentelée dans ses deux centimètres antérieurs, offre sur un centimètre $^1/_2$ quatre dentelures aiguës et profondes de 5 millimètres environ, puis, changeant de caractère, elle se continue en dentelures arrondies et irrégulières jusqu'au niveau du lambda. La *suture lambdoïde* est très contournée, ses dentelures sont fines et irrégulières. A droite, à 4 centimètres $^1/_2$ du lambda, les dentelures s'exagèrent et forment 2 *petits os wormiens* très irréguliers ayant un centimètre environ dans leur grande dimension, qui est perpendiculaire à la suture. A la face interne ces sutures sont moins contournées, les os wormiens, signalés plus haut, apparaissent nettement, mais moins longs, plus larges, et à bords moins déchiquetés. La *brèche osseuse* dûe à la *crâniectomie (Fig. 37)*, située à gauche, est antéro-postérieure et s'étend sur le frontal et le pariétal. Elle forme avec la suture sagittale un angle aigu, à sinus postérieur de 25° environ. Cette brèche est en voie de réparation et les parties non ossifiées y sont recouvertes d'une membrane dépendant du périoste, s'étendant d'un bord à l'autre et transformée sur les bords en minces lamelles osseuses. Une partie ayant 32 millimètres de longueur reste non ossifiée à la région frontale. Une autre partie, longue de 20 millimètres, complètement réparée, lui succède. Cette région croise la suture fronto-pariétale. *Son mode de réparation est des plus intéressants*. En effet, la soudure osseuse s'est effectuée sous la forme de *suture à fines dentelures, analogues à celles de la suture qu'elle croise*. Une région de 16 millimètres, non réparée, lui fait suite et a des bords assez réguliers ; cette région a 3 millimètres à sa partie la plus large, 18 millimètres à peu près soudés complètement viennent ensuite : ici la soudure, bien qu'un peu irrégulière, n'offre pas de dentelures comme précédemment, mais elle n'est pas aussi complètement effectuée. Enfin, durant 30 millimètres la brèche reste sans ossification. Elle offre là une largeur moyenne de 4 millimètres, présente sur ses bords de petits prolongements osseux minces et se termine par un cul-de-sac arrondi, à demi comblé par une jetée osseuse interne. A l'état frais cette partie non-ossifiée était recouverte d'une *membrane ostéogène*, les prolongements osseux lamellaires des bords de la brèche en sont une preuve.

Obs. XXII. — Idiotie congénitale ; double craniectomie ; tuberculose pulmonaire.

Sommaire. — *Père, sujet à des céphalalgies fréquentes. Grand-père paternel, mort probablement d'une affection de l'estomac. — Grand'mère, a eu trois attaques de congestion cérébrale sans paralysie ; céphalalgies fréquentes ; caractère très violent. — Grand-oncle paternel, alcoolique. — Tante paternelle, morte de la poitrine. — Autre tante paternelle,*

morte de méningite et de phthisie.—Autre tante paternelle, sujette à des céphalalgies. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de huit mois. — Sœur morte de convulsions à 4 mois.

Asphyxie complète à la naissance. — Entérite à 7 mois. Première dent à 3 ans. Dentition complète à 10 ans. — Parole nulle. — Début de la marche à 8 ans. — Accès de cris datant probablement de la naissance. — Convulsions à huit mois suivies de paralysie incomplète du côté droit. Antérieurement, demi-contracture des quatre membres avec mouvements athétosiques des quatre membres.

AUTOPSIE. — *État des trois brèches osseuses de la crâniectomie; lésions de la dure-mère, de la pie-mère et du cerveau ; — absence de synostose. — Aspect chagriné des circonvolutions. — Tuberculose pulmonaire.*

Ter... (Emile) est né le 17 juillet 1878 (14 ans).

Tête.— Cuir chevelu assez épais. Lorsque, après avoir fait une incision transversale allant d'une oreille à l'autre, on rabat la moitié antérieure du cuir chevelu, on aperçoit un *morceau de drain parfaitement conservé* de 34 millimètres de longueur sur 3 ou 4 millimètres de diamètre qui se dégage de la *brèche osseuse* gauche sur laquelle il était appliqué et où il a imprimé une gouttière. Le drain a suivi le cuir chevelu dans lequel il était enclavé en quelque sorte par son extrémité interne, sur une longueur de 3 à 4 millimètres, et libre dans le reste de son étendue. Sur la face interne du cuir chevelu le *drain* a laissé une empreinte superficielle mais très nette. En somme, il pénétrait plus dans l'os que dans la peau. En raison des adhérences de la dure-mère au crâne, on est obligé de la sectionner sur place. On enlève donc tout l'encéphale en même temps que la calotte.

La *dure-mère* est adhérente au niveau des *brèches osseuses* et entre elles, de telle sorte que l'espace quadrilatère compris entre les deux brèches est adhérent par les quatre bords et que la partie du crâne qui correspond à ce quadrilatère est blanchâtre, exsangue, tranchant ainsi par sa coloration avec les autres parties du crâne, qui avaient une coloration rougeâtre assez foncée : il y avait anémie de cette partie.

Les os de la *calotte crânienne* sont assez épais et consistants. Il n'y a pas de plaques transparentes. En revanche, en examinant successivement la *sagittale*, la *coronale* et la *lambdoïde*, aussi bien sur leur face interne que sur leur face externe, on ne trouve pas traces de synostose. La coronale, assez compliquée au point de vue des dentelures, est libre dans toute son étendue. Sur les parties latérales de chaque côté, on peut insinuer un crin de brosse dans les interstices laissés libres par les arborescences. Pareille chose peut se faire sur presque tout le trajet de la lambdoïde. La sagittale est un peu plus serrée, mais il n'existe de soudure osseuse en aucun point de son trajet. — Les trous pariétaux sont très nets des deux côtés. Du côté droit, le pariétal présente une *brèche*

osseuse longue de 9 centimètres, large de 2 centimètres 1/2. (*Fig.* 38). Cette brèche part de la suture coronale en avant, chemine d'avant en arrière parallèlement à la suture sagittale, et s'arrête à 3 centimètres de la lambdoïde. Elle est éloignée de 3 centimètres du vertex. Les dimensions primitives de



Fig. 38. — Obs. XXII.

cette brèche sont celles que nous rapportons. Le travail de réparation osseuse a créé des bords minces, déprimés, festonnés par des arborescences qui tendent à se rapprocher et à combler le vide. Ce vide n'est plus, par le fait, que de 7 centimètres sur un centimètre.

Sur le *pariétal gauche* existent deux *brèches osseuses* parallèles à la suture coronale, perpendiculaires, par conséquent, à la sagittale. La plus antérieure, longue de 2 centimètres, est large de 2 centimètres 1/2. Parallèle à la coronale, elle en est éloignée d'un centimètre. Son extrémité supérieure aboutit à 2 centimètres de la sagittale. La brèche postérieure a les mêmes dimensions que la précédente. Parallèle à la branche gauche de la lambdoïde, elle en est écartée d'un centimètre. Elle est distante de 2 centimètres de la sagittale. Cette dernière brèche est en partie comblée par le travail de réparation osseuse. La plus antérieure l'est beaucoup moins. *(Fig. 38).*

Notre musée de Bicêtre possède 350 crânes provenant d'épileptiques et surtout d'enfants idiots. Ceux que vous venez de voir n'ont pas été choisis. Ils appartiennent aux enfants décédés cette année ou l'an dernier, sauf ceux de Bourg... Clut... et Ber... Ils nous paraissent démontrer d'une façon péremptoire que chez les enfants idiots et arriérés, *il n'y a pas, en général, de synostose prématurée des sutures.* Nous n'en exceptons pas les crânes des trois enfants crâniectomisés. Leurs sutures étaient susceptibles d'extension. Les crânes de Gauche... et de Bais... nous fournissent des indications sur le procédé par lequel s'opère cette distension. Si les crânes de Blais... (17 ans) et de Ter... (15 ans) avaient une certaine épaisseur, par contre, celui de Sti... était mince et translucide dans la plus grande partie de sa superficie. Comme il est impossible de reconnaître sur le vivant l'état exact des sutures et de l'épaisseur du crâne, il s'en suit que la crâniectomie est faite au hasard et sur des crânes qui sont en mesure de donner au cerveau toute l'extension désirable. L'examen de ces mêmes crânes fait voir que ces brèches osseuses ne peuvent pas procurer au cerveau une grande liberté d'expansion. Ces faits justifient cette assertion des anthropologistes que « le cerveau fait le crâne, le moule sur sa propre forme (1). » Les *photographies* vous ont fourni une idée des lésions profondes qui existaient sur le *cerveau*, dans les cas dont il vient d'être question, et vous penserez sans doute comme nous qu'il est difficile d'accorder une valeur curative importante à la crâniectomie dans la plupart des formes de l'idiotie.

(1) Hovelacque et Bordier. — *Précis d'anthropologie*, page 39.

IV. — Le service dont nous avons la direction à Bicêtre comprend : 1° des enfants épileptiques ou hystériques ; — 2° des enfants idiots à tous les degrés, depuis la simple arriération intellectuelle jusqu'à l'idiotie la plus complète, souvent compliquée de paralysie (hémiplégie, paraplégie, athétose, mouvements choréiformes, tremblements, etc.) ; — 3° des enfants atteints d'imbécillité morale, instables, pervers, impulsifs, etc. La plupart des enfants de cette dernière catégorie possèdent un certain développement et même un développement moyen des facultés intellectuelles : ce sont les facultés morales qui sont lésées chez eux.

Voulant établir une comparaison entre le traitement chirurgical et le traitement médical « des microcéphales, des enfants arriérés, et des jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques », suivant les expressions mêmes de M. Lannelongue, nous ne prendrons nos exemples ni parmi les épileptiques offrant, en outre, de la débilité mentale, ni parmi les enfants affectés d'imbécillité morale. Nous les choisirons dans la seconde catégorie composée des idiots, des imbéciles et des arriérés, et pour rendre la démonstration que nous poursuivons plus frappante, nous écarterons les enfants arriérés et nous attirerons votre attention sur les idiots ou sur les imbéciles se rapprochant non pas des arriérés mais des idiots.

Le traitement mis en œuvre est à la fois médical, hygiénique et pédagogique. A ce dernier point de vue, il repose principalement sur la méthode d'Éd. Séguin, appliquée couramment en Angleterre, aux États-Unis, etc., méthode que nous avons modifiée et perfectionnée en y introduisant des procédés que nous avons empruntés un peu partout. Exposer aujourd'hui en détail le traitement médico-pédagogique nous entraînerait trop loin ; nous nous bornerons à quelques indications sommaires concernant surtout le traitement des idiots les plus complets.

On leur apprend d'abord à se tenir debout, puis à marcher, on exerce leurs jointures, on frictionne leurs membres. — On les rend propres, on leur enseigne à se laver la figure et les mains, à boutonner, lacer, nouer, agrafer, à s'habiller (1), etc. — On s'étudie à fixer leur regard et à les rendre attentifs. — On procède à l'éducation des

(1) Cet exercice se fait soit à l'aide d'un *mannequin*, soit sur l'enfant lui-même.

sens, en commençant par l'éducation de la main; puis viennent les leçons de choses à l'école ou dans les jardins de la section organisée dans ce but (1). — Des jeux, des images graduées sont employés pour l'éducation de la vue et du toucher. — On s'ingénie à faire reconnaître aux enfants les odeurs, à distinguer les sons, etc. Les plus avancés apprennent le chant, la musique vocale ou instrumentale. De nombreux procédés sont mis en œuvre sous le rapport de la lecture, du calcul, etc. Pour l'éducation de la parole et pour corriger les vices de prononciation, nous avons recours à quelques-uns des moyens appliqués dans les établissements de sourds-muets. Nous matérialisons, en quelque sorte, le plus possible l'enseignement. L'éducation physique tient une place importante : gymnastique Pichery, gymnastique des mouvements, des appareils, escrime, danse.

Les bains et l'hydrothérapie, administrés dans une large mesure, concourent de leur côté au développement physique et au traitement des enfants.

Enfin, l'enseignement professionnel vient compléter le traitement médico-pédagogique. Il se donne dans sept ateliers ; menuiserie, serrurerie, imprimerie, pour les enfants les plus avancés; brosserie, vannerie, cordonnerie, couture, rempaillage de chaises et jardinage pour les autres enfants, etc.

C'est à l'ensemble de tous ces moyens que nous donnons le nom de TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE.

Ceci dit, nous allons vous donner le résumé de quelques observations concernant, nous le répétons, les enfants atteints d'idiotie ou d'imbécillité à un degré prononcé. Nous ferons passer sous vos yeux les *photographies collectives* des malades, et les *cahiers scolaires* de quelques-uns d'entre eux (2).

---

(1) Jardin des surfaces, des figures géométriques, jardin des fleurs, jardin potager, verger, champ des céréales, champ des plantes fourragères, vignoble, bois.

(2) Nous faisons photographier les enfants à leur entrée, puis à des époques plus ou moins éloignées, un an ou deux, suivant les changements qui se produisent. S'agit-il d'un enfant atteint d'*idiotie complète*, ne marchant et ne parlant, malpropre, etc., on le photographie assis ou tenu sur une infirmière ; en second lieu, photographie faite dès qu'il marche seul; — en troisième lieu, quand il est devenu propre et mis en pantalon ; — ultérieurement, on le photographie tous les ans ou tous les deux ans. C'est à la réunion de ces photographies successives que nous donnons le nom de photographies collectives.

En outre de ce moyen, pour apprécier encore les *progrès réalisés*, nous avons établi des *cahiers scolaires*. Ce cahier est ouvert pour chaque enfant dès qu'il commence à tracer des bâtons ; puis tous les trois mois, ensuite tous les deux mois; enfin tous les mois nous faisons consigner sur ce cahier les différents exercices scolaires dont l'enfant est devenu capable.

Obs. I. — Imbécillité congénitale prononcée ; impulsions génitales.

Sommaire. — *Père, colèreux, renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère, fortes convulsions à 18 mois ; chorée de 7 ans à 14 ans 1/2; nerveuse, idées noires. — Grand-père maternel rhumatisant. — Grand'mère maternelle très nerveuse. — Grand-oncle maternel, mort d'une maladie de la moelle épinière. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 19 ans.*

Enfant naturel. Viol suivi de conception. — Chagrins durant la grossesse. Accouchement à 8 mois 1/2. — Asphyxie à la naissance. — Placé à la campagne jusqu'à 5 ans 1/2. — Onanisme ; phimosis. — Impulsions génitales. — Fugues. — Kleptomanie. — Impulsions à boire. — Accès de colère. — Céphalalgie. — Sommeil agité; Cauchemars.

Brous... (Pierre) est né à Paris le 13 mars 1879 (14 ans).

A l'entrée (août 1886). Il connaît ses lettres; trace des lettres et des chiffres, mais d'une façon très irrégulière; compte jusqu'à 100 ; connaît les objets usuels.

En 1893 : lecture courante, fait de petites dictées et même quelques rédactions; écriture lisible mais peu soignée; petits problèmes sur les 3 opérations; quelques notions d'histoire et de géographie. A l'atelier des tailleurs il fait bien les coutures et les rabattements. Il a appris à très bien exécuter tous les exercices de gymnastique.

La *photographie collective* le montre en 1886, 1889 et 1893.

Obs. II. — Idiotie probablement symptomatique de sclérose cérébrale.

Sommaire. — *Père, nombreux excès de boisson, violent, emprisonné plusieurs fois pour rixes ou vols dans les champs. — Grand-père paternel, fréquents excès de boisson, violent. — Grand'mère paternelle morte des chagrins occasionnés par les violences et l'ivrognerie de son mari. — Mère, morte d'une affection cardiaque. — Renseignements insuffisants au point de vue de l'hérédité. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 2 ans. — Sœur migraineuse. — Frère, incarcéré plusieurs fois pour maraudes et vagabondage. — Un autre traîne dans les rues et vagabonde ; aurait eu des convulsions.*

Petit à la naissance. — Aurait marché à 9 mois et commencé à parler à un an. — Vers 11 mois, peur occasionnée par son père, qui a renversé une glace sur sa mère et sur lui; le lendemain, convulsions qui auraient duré 3 jours et 3 nuits; mort apparente, refroidissement, déclaration de mort à la mairie; au moment de l'ensevelissement, on s'est aperçu qu'il respirait encore. — Cessation de la marche après ces accidents. — Retour de la marche à 3 ans 1/2. — Sentiments

affectifs. — Accès de colère. — Lecture et calcul nuls. — Parole limitée à quelques mots, prononciation très défectueuse; surdité. — Ne se sert que de la cuillère, gourmand, désobéissant, méchant envers ses camarades.

Charpent... (Victor-Louis) est né à Colombes (Seine), le 18 mai 1871 (22 ans). Entré en 1879.

1882. — Amélioration de la parole. — Connaît ses lettres, sait compter jusqu'à 10, aide à nettoyer et à habiller les autres enfants.

1883. — Mange proprement, se sert de la cuillère, de la fourchette et du couteau. Reconnaît les chiffres, compte jusqu'à 25. Connaît les diverses parties du corps, les animaux et les couleurs, fait des lettres, des chiffres, écrit des mots, etc. — Envoyé à l'atelier de menuiserie le 2 avril.

1884. — Exécute très bien les exercices de la petite gymnastique. Distingue et nomme les figures géométriques. Compte jusqu'à 100. Commence à syllaber. Accès de colère et de violence. Ses instincts de vol et de mendicité ont disparu.

1889. — Amélioration très notable de la parole. — Sait bien se faire comprendre. — Fait la multiplcation. — Connaissances usuelles très étendues. — Tenue bonne. — Exécute tous les mouvements de la grande gymnastique. — Envoyé à l'essai dans un atelier de menuiserie de l'avenue de Bicêtre.

1890. — Parti en congé d'essai le 18 mars. — Placé comme ouvrier menuisier (4 fr. par jour). — Sorti le 28 juillet.

1893. — Travaille comme menuisier et gagne sa vie. Conduite bonne.

Sa *photographie collective* met en relief les résultats du traitement depuis 1879 jusqu'à cette année 1893.

OBS. III. — IDIOTIE LÉGÈRE, PROBABLEMENT MÉNINGITIQUE ; PARAPLÉGIE AVEC PIEDS BOTS.

SOMMAIRE. — *Enfant naturel. — Père, excès de boisson; pas d'autres renseignements sur lui et sa famille. — Mère, nerveuse. — Grand'oncle maternel, bègue et aliéné. — Un autre oncle est bossu et arriéré. — Frères, convulsions. Bien portant jusqu'à 3 ans; fièvre typhoïde et méningite à 3 ans. Affaiblissement du côté gauche et idiotie consécutive.*

Curi... (Ulysse) est né à Mussy-sur-Seine, le 21 octobre 1879 (13 ans 1/2).

A l'entrée (octobre 1884) : il ne connaît pas les lettres, ne sait pas écrire, compte jusqu'à 10, commence à se laver, ne sait pas s'habiller, caractère irritable, violent, crache à la figure de ses camarades, est turbulent, grossier, voleur.

En 1893 : Lit couramment, écrit lisiblement, commence à faire de petites dictées, connaît l'addition, la soustraction et la multiplication, sait le nom des principales villes de France et celui

des grands fleuves; se lave et s'habille seul assez bien, il est devenu docile et serviable. Envoyé à l'atelier de cordonnerie en 1889, il est arrivé à faire convenablement les piqûres.

La *photographie collective* le montre en 1884, 1888, 1889, 1891 et 1893.

Obs. IV. — Imbécillité prononcée, d'origine congénitale.

Sommaire. — *Père, syphilis en 1873; marié en 1876; quelques excès de boisson. — Oncle paternel, mort phthisique. — Tante paternelle, imbécile. — Mère, très coléreuse. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Grand-oncle maternel, suicidé par pendaison. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 ans. — Sœur morte de convulsions. — Sœur, coléreuse. — Autre sœur, vagabonde, actuellement en correction.*

Asphyxie à la naissance. — Marche à 3 ans. — Début de la parole vers 3 ans. — Rachitisme à 4 ans; séjour à Berck. — Violences envers les autres enfants. — Masturbation réciproque. — Kleptomanie. — Actes obscènes.

Dumé... (Louis) est né à Ferrières-la-Grande (Nord), le 21 février 1873.

A l'entrée (25 septembre), Dum.... commence à syllaber et à écrire, fait les 2 premières opérations; connaît les couleurs; s'habille à peu près seul; se sert de la cuillère et de la fourchette. Perversion des instincts (V. Sommaire).

En 1893: Dumé... lit très-bien, il fait des dictées correctes et de bonnes rédactions; son écriture est très lisible; fait des problèmes sur les 4 opérations et le système métrique; connait bien l'histoire de France et la géographie. Sa mémoire s'est très développée. Il est appliqué, docile et courageux; l'onanisme a disparu. Il dessine assez bien un objet usuel, a appris le solfège et joue d'un instrument (alto) dans la fanfare des enfants. A des habitudes d'ordre et d'économie et place à la caisse d'épargne scolaire tout l'argent qu'il gagne à l'atelier ou qu'on lui donne. Envoyé à l'atelier de vannerie en juillet 1887, il fait bien maintenant tous les travaux qu'on lui confie (réparations et neuf).

La *photographie collective* témoigne des changements survenus de 1883 à 1893.

TABLEAU DES MENSURATIONS.

	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893
Circonférence horizontale maximum	55	55	55	55	55	56	56
Demi-circonférence bi-auriculaire	36	36	36.5	37	38	38	38
Dist. de la protubérance occip. ext. à la racine du nez.	32.$^1/_2$	35	37	37	38	38	38.5
Diamètre antéro-postérieur maxima	18	18	18	18	18.2	18.2	18.5
— bi-auriculaire	11.$^1/_2$	12.4	12.2	13.2	13.2	13.2	13.2
— bi-pariétal	15.$^1/_2$	15.7	15.7	15.8	16	16	16.2
Hauteur médiane du front	»	»	»	»	5.5	»	5.5

	1883	1884	1885	1886	1886	1887	1887	1888	1889	1889	1890	1891	1891	1892	1892	1893	1893
		Janvier	Juin.	Janvier	Juin.	Janvier	Décem.	Juillet.	Juin.	Décem.	Juillet.	Janvier	Juillet.	Janvier	Juillet.	Janvier	Juin.
Poids	18.400	23.400	23.800	23.600	26.	21.400	29.200	30.200	32.	33.700	34.200	35.	38.	39.700	41.900	45.	49.100
Taille	1.04	1.12	1.15	1.19	1.21	1.27	1.28	1.30	1.35	1.37	1.39	1.40	1.42	1.42	1.44	1.45	1.49
Dynam. M. m.				10 | 20	18 | 18	19 | 19	25 | 25	25 | 24	37 | 35	40 | 40	42 | 39	39 | 40	40 | 40	40 | 39	41 | 40	41 | 42	45 | 43

Obs. V. — Imbécillité et instabilité mentale.

Sommaire.— *Père, aliéné, peintre en bâtiments, excès de boissons. — Grand-père paternel, excès de boissons. — Grand'mère paternelle, excès de boissons. — Tante paternelle, probablement hystérique. — Mère, sujette à des céphalalgies, nerveuse. Grand'mère maternelle, quelques excès de boissons. — Tante maternelle, borgne de naissance. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans. — Trois frères et une sœur ont eu des convulsions. — Conception probable dans l'ivresse. — Asphyxie très prononcée à la naissance. — Marche à 19 mois. — Début de la parole après 2 ans. — Propre à 4 ans. — Convulsions internes de 7 mois à 2 ans. — Strabisme à 2 ans. — Chûte du rectum. — Fugues répétées. — Turbulence. — Cauchemars. — Luxation de l'épaule gauche vers 4 ans. — Kleptomanie. — Tentatives d'évasion. — Menteur. — Accès de violence.*

Duve.... (Lucien) est né à Paris, le 6 septembre 1875 (18 ans).

A l'entrée (1882) : Turbulence extrême, langage grossier, sentiments affectifs nuls, gourmand, vorace, querelleur, frappe ses camarades sans motif, vol tout ce qu'il peut prendre, injurie grossièrement le personnel, casse les carreaux, s'évade, etc. Il ne connaît aucune lettre, commence à tracer des bâtons compte jusqu'à 20.

En 1892 : Il est devenu affectueux, assez docile, obéissant et convenable envers les autres enfants ; il n'est plus grossier que très rarement. Lecture courante et expressive. Ecriture lisible. Il connaît les 3 premières opérations et fait de petits problèmes. Il a les notions élémentaires de l'histoire de France. Le jugement est plus sûr qu'autrefois. Il a été mis en apprentissage comme tailleur, en 1887 ; il fait presque seul l'habillement et sait conduire la machine à coudre. Il est sorti à la fin de décembre 1892 (*Fig.* 39, 40, 41 et 42).

La *phothographie collective* le représente de mieux en mieux de 1882 à 1891.

Obs. VI. — Idiotie complète.

Sommaire. — *Père, céphalalgies occipitales fréquentes, caractère très emporté, exalté, instable, manie des inventions ; onanisme ; alternatives d'excitation et de torpeur.—Grand'mère paternelle, caractère très emporté. — Grand-oncle paternel instable. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge d'un an.*

Conception à l'époque où le père était déjà très exalté. Marche tardive. Gâtisme. — Parole nulle. — Rougeole à 3 ans $^1/_2$. Varioloïde vers 4 ans. — Gourme; ophthalmie. — Chûte du rectum. — Jamais de convulsions (?).— Accès de colère. — Méchant envers les autres enfants. — Prononciation très défectueuse. — Se sert de la cuillère et de la fourchette

seulement. — Tournoiement des yeux. — Attention difficile à soutenir.

Feutri....(Robert Henri) est né le 5 avril 1885 (8 ans).

A l'entrée (1889): Incapacité de s'habiller, de se déshabiller, de se nettoyer. — Gâtisme. — Aucune notion relative à l'instruction primaire. — Parole presque tout à fait nulle. Prononciation très difficile.

1890: Amélioration de la parole, attention plus facile à fixer. Exécute tous les exercices de la gymnastique Pichery.

1891 : Il est devenu tout à fait propre ; commence à s'habiller ; met ses bas et ses souliers, reconnaît les objets usuels.

1893 : F... s'habille et se déshabille seul. Connait les chiffres et les couleurs ; commence à syllaber sans épeler, à écrire des mots, à tracer les chiffres, à faire de petites additions. Il mange proprement, se sert de la cuillère, de la fourchette et du couteau, s'habille, se déshabille et se lave seul. Attentif, obéissant, affectueux. Reconnaît les personnes, les différentes parties du corps, les nomme ainsi que les objets qui l'entourent.

La *photographie collective* (1889-1893) met bien en évidence ses progrès.

OBS. VII. — IDIOTIE CONGÉNITALE.

SOMMAIRE. — *Père, quelques excès de boisson, sang endormi. Renseignements insuffisants sur la famille paternelle. — Mère rien de particulier. — Arrière-grand-père maternel mort à 102 ans. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an (mère plus âgée).*

Début de la parole vers un an, limitée à l'entrée à quelques mots. Marche à 4 ans. — Jamais de convulsions. — Coqueluche et bronchite à 5 ans. — Onanisme. — 1887 : Teigne; — rougeole; — conjonctivite. — 1888 : Éruption furonculeuse. — 1889 : Guérison de la teigne. — 1892 : Bronchite généralisée.

Huri..... (Eugène) est né à Paris le 8 avril 1880 13 (ans).

A l'entrée (mai 1886) : il parle très difficilement, ne se sert que de la cuillère et de la fourchette ; aide à peine à s'habiller et à se déshabiller. Ne sait pas à se laver seul, tape constamment ses yeux (tic). Caractère sournois, frappe ses camarades quand on ne le voit pas. Lecture, écriture, numération, notion des couleurs et des choses usuelles nulles.

En 1893 : Sait syllaber et écrire, copie un modèle, met au pluriel les noms au singulier, fait de petites additions, distingue les couleurs et les surfaces, se sert de la cuillère, de la fourcherte et du couteau, exécute tous les mouvements de la petite gymnastique, mais saute encore difficilement. La parole s'est notablement améliorée. Il commence à faire quelques phrases, répète volontiers ce que disent ses camarades. Il est docile, très propre, très soigneux, n'est plus sournois et ne frappe plus les autres enfants.

Sa *photographie collective* le montre de 1889 à 1893.

OBS. VIII. — IMBÉCILLITÉ TRÈS PRONONCÉE.

SOMMAIRE. — *Enfant assisté : père mort de bronchite en* 1879 ; *mère morte de phthisie en* 1879 ; — *absence complète de renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels du malade.*

Parole nulle ; préhension très défectueuse, ne se sert que de la cuillère pour manger ; ne connaît pas ses lettres, ne sait pas compter.

Perri... (Joseph) est né à Paris, le 27 juillet 1869 (24 ans).

1880 : P. a appris les exercices de la petite gymnastique ; connait toutes ses lettres, amélioration de la parole, zézaiement, sait se servir de la cuillère, de la fourchette et du couteau. Caractère timide.

1881 : Éruption scarlatiniforme. Parole plus développée, prononciation toujours défectueuse : chapeau — capeau ; chaise — taise, etc. Il s'habille, se déshabille, cire ses souliers, fait convenablement sa toilette, compte jusqu'à 80.

1882 : Périodes de tristesse. Il aide à débarrasser le couvert, à laver la vaisselle. Mémoire bonne, commence à syllaber, écrit par imitation, compte jusqu'à 100.

1884 : Per. connaît tous les objets qui l'entourent ; il distingue les couleurs, les figures géométriques. La parole est un peu plus développée, prononciation toujours difficile, surtout pour le ch. Ex. : charbon — carbon ; chicorée — kicorée ; échalotte — écalotte ; lentillle — lentine. Il commence à écrire en gros.

1885 : Il syllabe mieux, commence à écrire en fin et à faire de petites additions. Apprenti tailleur depuis juin 1884, il coud très-bien, mais est un peu lent. En décembre, il sait confectionner un pantalon et un gilet. — Fait de petites soustractions.

1886 : Eczéma des deux jambes. Lecture presque courante, participe aux exercices de la grande gymnastique. Passé à la grande école.

1887 : Lecture courante, commence la multiplication.

1888 : Petites dictées, notions de la division du temps et de la forme des objets ; progrès constants à l'atelier de couture ; parole de plus en plus libre, persistance du zézaiement. Caractère doux et craintif. Tient toujours la tête baissée.

1889 : Petits problèmes sur les 3 premières opérations. Amélioration générale. Timidité qui l'empêche de répondre aussi bien qu'il le pourrait aux questions.

1892 : Caractère très-doux, conduite bonne, propreté minutieuse du corps et des vêtements ; attitude penchée de la tête. A l'atelier de couture, il fait l'habillement complet. Durant les récréations, il aide le perruquier du service et sait très bien raser. Ce jeune homme pourrait vivre en famille et gagner sa vie. En raison de sa timidité, de son inexpérience de la vie ordinaire et de l'absence de toute famille, nous l'avons fait passer dans les divisions de l'hospice au commencement de cette année. Sa conduite jusqu'ici, n'a rien laissé à désirer.

Ses *photographies* permettent de juger les changements qui sont survenus progressivement chez lui de 1880 à 1893.

OBS IX. — SCLÉROSE CÉRÉBRALE : IMBÉCILLITÉ ET HÉMIPLÉGIE DROITE AVEC ATHÉTOSE.

SOMMAIRE. — *Père alcoolique, tuberculeux. — Grand'mère nerveuse. — Arrière-grand'mère suicidée. — Tante paternelle nerveuse. — Mère, convulsions de l'enfance. — Arrière-grand'mère, tremblement de la main attribué à la foudre. — Frère, convulsions internes. — Sœur morte de méningite.*
Conception dans l'alcoolisme. — Asphyxie très prononcée à la naissance. — Premières convulsions à 6 mois : durée 12 heures ; hémiplégie droite consécutive ; athétose remarquée à 2 ans. — Secondes convulsions à 4 ans. Prédominance à droite. — Retour partiel des mouvements du bras à 5 ans. — Marche à 3 ans. — Parole à 4 ans.

Pinç... (Jean Victor), est né le 4 Novembre 1869 (24 ans en 1893).

A l'entrée (1885) : lecture courante (lecture automatique), sans expression, il ne se rend pas un compte exact de ce qu'il lit ; parole difficile, Écriture de la main gauche, lisible,

mais droite et faite avec une grande lenteur. Il commence à connaître les trois premières opérations. Aucune notion en histoire et en géographie.

En 1893: Lecture expressive, comprend très bien ce qu'il lit, sait l'expliquer et s'y intéresse, fait des lectures à ses camarades aveugles, Ecriture très lisible, penchée et courante, mots bien séparés. Dessine assez bien un objet usuel, résoud des problèmes sur les quatres règles. Connaissances très élémentaires en géographie et en histoire. Pinç... sait chanter, guide quelques-uns de ses camarades. Il a appris le métier de tailleur ; il fait toutes les parties de l'habillement, bien qu'il soit hémiplégique. Nous l'avons fait passer comme incurable dans une division de l'hospice, et, au tarif réduit de la maison, il gagne 15 francs par mois. Il est courageux et sa conduite est excellente.

Sa *photographie collective* de 1885 à 1893 permet d'apprécier les bons résultats du traitement (1).

OBS. X. — IMBÉCILLITÉ ET HÉMIPLÉGIE DROITE, SYMPTOMATIQUES DE SCLÉROSE CÉRÉBRALE.

SOMMAIRE. — *Père mort tuberculeux, nombreux excès de boisson, excès vénériens, céphalalgie, probablement de nature migraineuse, caractère violent. — Grand père paternelle mort d'hémiplégie cérébrale, nombreux excès de tous genres. — Renseignements insuffisants sur la famille paternelle. — Mère, rien de particulier. — Grand-père et mère maternels, morts de cancer de l'estomac. — 5 oncles ou tantes maternels morts de convulsions. — Une tante maternelle atteinte de sciatique.*

Émotions répétées durant la grossesse. — Accouchement au forceps ; compression du côté droit du front. — Asphyxie à la naissance. — Convulsions à 2 ans. — Début de la marche à 14 mois, de la parole vers 2 ans. — Propre vers 5 ans. — Fièvre scarlatine avec délire à 8 ans 1/2 ; convulsions avec perte de connaissance durant 3 jours; hémiplégie droite avec aphasie consécutives ; otite double. — Retour progressif de la parole un mois après la scarlatine. — Diminution de la paralysie, au bout de 2 mois.

(1) Nous procédons pour la photographie des hémiplégiques un peu différemment que pour les autres enfants. Nous nous sommes aperçu qu'en les faisant photographier *habillés*, la photographie ne donnait qu'une idée insuffisante de l'*hémiplégie*, des différences entre le *côté sain* et le *côté paralysé* : c'est pourquoi nous avons pris l'habitude de les faire photographier *nus*.

Spor... (Alexandre, Louis), né à Paris le 5 août 1873, entré à 13 ans (20 ans en 1893).

A l'entrée (1886) : S.. ne lit pas encore couramment, connaît l'addition et la soustraction. Écriture presque droite, irrégulière, mais en général assez lisible. Aucune notion de musique, ni de travail manuel.

En *1893 :* Lecture expressive, comprend bien tout ce qu'il lit. Fait des problèmes sur les 4 règles. Son écriture a peu changé, mais il sait la lire ; fait des dictées et des rédactions. A acquis quelques notions de géographie et d'histoire. A appris à lire la musique, fait partie de la fanfare des enfants (baryton). Malgré son hémiplégie droite, il a appris très-convenablement le métier de tailleur, fait un habillement complet et conduit la machine à coudre.

Ce malade est en mesure de vivre en liberté, mais, en raison de son hémiplégie, on le fera passer dans la division des incurables de l'hospice dès qu'il aura 20 ans. *Sa photographie collective* donne une idée exacte de ses progrès, de 1886 à 1893.

OBS. XI. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE COMPLÈTE.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. Grand-père paternel, alcoolique, mort « du pylore. » — Arrière-grand-père paternel, alcoolique. — Deux grands oncles paternels, alcooliques. — Mère et grand'mère maternelle, migraineuses. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de sept ans.*

Pas de convulsions. — Parole nulle. — Impossibilité de se tenir debout. — Affaiblissement prédominant à la jambe gauche. — Gâtisme. — Tournoiement de la tête. — Balancement du tronc. — Première dent à 6 mois. — Grincement des dents. — Rougeole et coqueluche à 3 ans. — Amélioration considérable.

Mazi... (Henri) est né à Créteil, en juillet 1884 (9 ans).

Il s'agit là d'un des microcéphales que nous avons montrés à l'une des séances du Congrès international de médecine mentale de 1889. Les premières *photographies* le représentent

gâteux, assis ou tenu sur les genoux; puis devenu propre, en pantalon et marchant. Voici la note qui figure dans les comptes rendus du Congrès :

« *A son entrée* (3 décembre 1887), Mazi... était complète« ment gâteux; il lui était impossible de se tenir debout. La « jambe gauche paraissait un peu plus faible que la droite. On « notait chez lui du tournoiement de la tête, des grincements « de dents et un balancement antéro-postérieur du tronc. « La parole est absolument nulle. Il crie et pleure une partie « de la nuit; il dort le matin. L'attention ne peut être fixée. « La préhension se fait assez bien, toutefois M... n'aide en rien « pour s'habiller et se déshabiller et ne sait pas se servir de la « cuillère. Il est affectueux et reconnaît ses parents.

« *Traitement* : Exercer l'enfant à se tenir debout et à mar« cher; le placer sur le vase à des heures régulières; exerci« ces de la parole; sirop d'iodure de fer, huile de foie de « morue, bains salés. Bien que, de son entrée au mois d'août « de cette année, divers accidents aient entravé le traitement, « déjà nous avons obtenu chez cet enfant une amélioration « encore peu profonde mais indubitable.

« L'enfant commence à se tenir sur ses jambes, ne gâte plus « que par moments, demande le vase. Il dit très bien : papa, « maman, çà y est, non, voilà. En nous appuyant sur ces résul« tats nous pouvons espérer que, dans un temps plus ou moins « long, l'enfant sera tout à fait propre, marchera et parlera. »

Nos prévisions se sont amplement réalisées. Le corps et la tête se sont développés ainsi que le démontrent les tableaux ci-contre :

	1888		1889		1890		1891	1892		1893	
	Janv.	Juillet.	Janv,	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Janv.	Juillet	Janv.	Juin
Poids	6.500	7.900	9.400	8.400	9.000	10.100	10.900	11.400	11.400	13,700	13.700
Taille	0.65	0.665	0.665	0.67	0.675	0.68	0.72	0.94	0.94	0.94	1 »

Mensurations de la tête.

	1888		1889	1890		1891		1892	1393
	Janv.	Octo.	Sept.	Janv.	Juillet	Juillet	Décem.	Juillet	Juin
Circonférence horizontale maxima	41	41.5	41.5	41.5	42	42.3	42.7	42	42.5
— bi-auriculaire	25	25.5	27	28	27	26	27	26.5	27
Distance de la racine du nez à l'articulation occi-pito-atloïdienne	30	31	31	31	29	27.5	29	31.5	30.5
Diamètre antéro-postérieur maximun	14.2	14.5	14.5	14.6	14.6	14.9	15	14.6	15
— bi-auriculaire	9	9	9.1	9.3	9.3	9.5	9	10	10
— bi-pariétal	10 1/2	10.8	11.2	11.3	11.2	11.4	11.4	11.6	11.5
Hauteur du front				4	4	4	4	3.5	3.5
Largeur du front					8.2	10	10	9.5	9.5

Cet enfant a fait des progrès continus. Il apporte du goût à tout ce qu'il fait. Il marche, court, saute, exécute bien tous les mouvements de la gymnastique Pichery. Il aime à jouer et préfère dans ses jeux le jeu de toupie : après de très longs efforts, il est parvenu à la faire marcher adroitement. Il affectionne aussi le jeu du cerceau et, dernièrement, il a fait avec son jouet le tour de la cour des Écoles sans s'arrêter et en le dirigeant avec habilité, bien qu'il se serve de préférence d'un grand cerceau qui dépasse sa taille. — Il commence à bien se vêtir et à se laver seul. Sa tenue générale, sous le rapport de la propreté et du maintien, est convenable. — Au réfectoire, il se sert de la cuillère, de la fourchette et même du couteau. — Il connaît toutes ses lettres et commence à syllaber. Il devient plus attentif. — Il fait des i et des o sur le cahier, connaît les couleurs, les surfaces, le nom de toutes les personnes du service, se rappelle le jour de leur sortie, sait le nom de tous les objets contenus dans les boîtes servant aux leçons de choses, et celui de la plupart des objets qui l'entourent, distingue les chiffres et compte jusqu'à trente. — Son caractère se fait chaque jour, il devient très gai, répète les airs, possède une voix assez juste, et il lui arrive même parfois de chanter de petites chansons. Le 10 juin, une sous-surveillante qui a beaucoup contribué à son amélioration dans les premiers temps, et qui a pour lui une vive affection, lui a dit : « Henri, chante-moi une chanson. » Aussitôt, sans se faire prier, il a chanté le refrain : « Auprès de ma blonde, etc. » Quand il a eu fini, il lui a dit : « C'est pour toi, çà. » — Pourquoi, pour moi ? — « Parce que tu es blonde. » (1)

Sa mémoire se développe; son esprit s'éveille, il est très réfléchi dans tout ce qu'il fait. Avant d'exécuter un ordre, il y réfléchit et s'il s'aperçoit qu'il s'agit d'une plaisanterie, il dit : « non, non ! » et se sauve en riant. Voici encore un petit fait qui nous montre son développement intellectuel. Tout récemment, l'enfant jouait dans son dortoir avec un infirmier ; au bout de quelques instants il lui dit : « Laissé-moi aller coucher. » L'infirmier ayant voulu le retenir, il s'écria : « Laisse-moi, fais donc tes carreaux, ils sont sales. » La remarque de l'enfant était juste, les carreaux étaient tachés.

La *photographie collective* de Henri Mazi..., complète les renseignements qui précèdent et témoigne de la réalité de ses progrès.

(1) Il s'agit de Mlle At. Bohain, à laquelle sont dus la plupart des principaux progrès réalisés par cet enfant.

Si nous avons insisté un peu longuement sur l'observation de cet enfant, c'est qu'il sagit d'un cas d'*idiotie complète*, et d'un très beau type de *microcéphalie*.

Il nous serait très facile, Messieurs, de multiplier ces exemples (1). Ceux qui précèdent nous paraissent de nature à apporter la conviction dans vos esprits et à justifier nos conclusions.

CONCLUSIONS. I. — Le *traitement chirurgical* de l'idiotie repose sur une hypothèse que ne confirme pas l'*anatomie pathologique*.

II. — La *synostose prématurée des sutures du crâne* n'existe pas dans les différentes formes de l'idiotie. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on rencontre une synostose partielle.

III. — Les *lésions* auxquelles sont dues les idioties sont d'ordinaire profondes, étendues, variées, et partant peu susceptibles d'être modifiées par la *crâniectomie*.

IV. — Le *diagnostic de la synostose des sutures* et de l'*épaisseur* du crâne échappe jusqu'ici à nos moyens d'investigation.

V. — D'après la plupart des chirurgiens les résultats obtenus par l'intervention opératoire seule sont légers, douteux ou nuls. Des accidents graves (paralysie, convulsions, etc.) et même la mort peuvent s'en suivre.

(1) Nous devons reporter une bonne partie des résultats que nous avons obtenus dans notre service de Bicêtre, sur les personnes qui nous secondent depuis des années, notamment MM. Boutillier, Boyer, Mesnard, instituteurs chargés de la grande école; sur Mlles Bl. Agnus. Am. Bohain, B. Langlet, Lapeyre, Hermann et Mme Bonnet, chargées de la petite école et de la fondation Vallée.

VI. — Le *traitement médico-pédagogique*, reposant sur la méthode imaginée par Séguin et perfectionnée par l'introduction de procédés nouveaux, appliquée judicieusement et prolongée un temps convenable, permet d'obtenir à peu près toujours une amélioration sérieuse et souvent même de mettre les enfants idiots et arriérés en état de vivre en société.

BIBLIOGRAPHIE. — Outre les articles que nous avons cités, on pourra consulter sur cette question nos *Comptes-rendus* du service de Bicêtre, principalement ceux de 1890, 1891 et 1892. — TACQUET : *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots*, thèse de Paris, 1892. — BOURNEVILLE : Communication au *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, session de Blois, août 1892.

II.

Imbécillité ; — Néphrite; — Urémie.

Par BOURNEVILLE et BONCOURT.

SOMMAIRE. — *Père très emporté ; excès de boisson postérieurs à la naissance du malade. — Grand'mère paternelle morte paralytique. — Renseignements insuffisants sur la famille paternelle. — Mère rhumatisante. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans. — Sœur, convulsions de l'enfance.*
Renseignements insuffisants sur le malade. — Rougeole. — Coqueluche. — Gourme. Peur à trois ans. — Pas de convulsions. — En avril 1892, albuminurie. — Parole et propreté très tardives. — Onanisme. Surdité consécutive à une otite. — Prononciation embarrassée. — Albuminurie en 1893. — Néphrite, urémie; Broncho-pneumonie; Mort.
AUTOPSIE. — *Absence de synostose ; os wormiens. — Œdème de la pie-mère. — Aspect chagriné des circonvolutions. — Petit foyer d'apoplexie capillaire dans l'hémisphère cérébelleux gauche. — Persistance du thymns. — Œdème pulmonaire; hydropisie de la plèvre droite; broncho-pneumonie. — Persistance du trou de Botal. — Néphrite (gros reins blancs).*

Leve... (Émile), né à Paris le 30 octobre 1874, est entré le 9 juillet 1892, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par la tante paternelle de l'enfant, et par un oncle et une tante par alliance. Ces renseignements, de seconde main, sont insuffisants. — *Père,* vidangeur, mort à 55 ans d'une fièvre typhoïde, à Lariboisière (19 mars 1892), n'aurait jamais eu de convulsions; pas de chorée, ni de rhumatismes, ni de syphilis (?). — Avant la naissance de l'enfant

il ne buvait (?) ; pas c'est depuis cette époque qu'il se serait livré à la boisson. Il était très vif, très emporté, très impressionnable, sans cependant jamais s'abandonner à aucune violence ; pas de migraines. — [*Père*, mort d'accident ; aucune maladie. — *Mère*, morte à 78 ans, elle était *paralysée* depuis quatre ans. — *Grand-père paternel*, tué durant la guerre de 1870. — *Grand'mère paternelle* morte à 74 ans ; elle avait joui d'une bonne santé. — *Aucun renseignement* sur la famille maternelle du père de l'enfant. — Un *frère*, bien portant, ainsi que ses cinq enfants qui n'ont pas eu de convulsions. — *Dans le reste de la famille* on ne trouve aucun membre ayant présenté des accidents nerveux.]

Mère, domestique, morte à 53 ans d'une maladie du foie ; on n'a aucun renseignement sur sa jeunesse. Elle était sujette à des douleurs rhumatismales ; caractère calme, pas de migraines. — [*Père*, buveur, brutal, n'est jamais malade. — *Mère*, nature calme, bien portante. — *Aucun renseignement* sur les grands-parents, les oncles et les tantes. — Deux *sœurs* sont en bonne santé ; l'une a deux enfants qui n'offrent rien de particulier. — Dans le reste de la famille, il n'y a rien à signaler. — *Pas de consanguinité*. — *Inégalité d'âge* de trois ans.

Trois *enfants* : 1° fille, 27 ans, a eu des *convulsions* à l'âge d'un an ; elle est intelligente, n'est jamais malade, s'est mariée, et a un petit garçon de 19 mois, qui n'a eu aucune maladie ; — 2° fille, 23 ans, en bonne santé, est mariée et a une petite fille bien portante.

Notre malade. — Au moment de la *conception* les parents s'entendaient bien. — Durant la *grossesse*, il n'y a rien à signaler ; ni coups, ni chutes, ni peurs. — L'*accouchement* s'est fait à terme, facilement, sans chloroforme. — *A la naissance*, pas d'asphyxie, pas de cordon autour du cou. — Elevé au sein par sa mère jusqu'à deux ans. — On a aucun renseignement sur la dentition et sur l'âge auquel il a marché. Il a parlé tard. Il n'aurait jamais eu de convulsions, ni d'attaques de nerfs, ni de chorée. On n'a constaté ni crises épileptiformes, ni vertiges, ni secousses. Il a eu la *rougeole* et la *coqueluche*, mais on ne sait à qu'elle époque ; ni scarlatine, ni varicelle. Durant fort longtemps il a eu la gourme. Les oreilles ont coulé, alors qu'il était jeune, et maintenant elles coulent encore de temps en temps. Pas de maux d'yeux, pas d'adénites. A la fin du mois de mars 1892, il est entré à l'hôpital Tenon, se plaignant de faiblesse générale et d'inappétence. Il eut également

de l'*albuminurie.* — Il a été longtemps gâteux. — Il mange très salement même maintenant. Il bave. Ni rumination, ni vomissements. On a constaté qu'il se touchait, et que son lit était souvent taché. — Lorsqu'il voyait des jeunes filles, il était excité, mais on ne croit pas qu'il ait eu des rapports sexuels. Mis à l'école à l'âge de 4 ans, on a eu beaucoup de peine à l'instruire. Il était du reste peu turbulent, mais la surdité, consécutive a son écoulement d'oreille, l'empêchait de profiter des leçons. A l'heure actuelle, il aime à jouer avec les jouets des petits enfants. C'est en leur société qu'il se plait, il fuit celle des enfants de son âge. Bien qu'on le laissât souvent seul chez lui, il n'a jamais rien fait de répréhensible. Pas de pyromanie; il craint même le feu. Il aime les animaux. — Très gourmand, il chipait volontiers des sous pour acheter des friandises ou aller dans les baraques foraines. — Il aurait souvent pris de l'argent à sa tante et il prétextait qu'il l'avait perdu, en faisant les commissions. — Il n'a eu ni accidents, ni maladie de peau. — Sa mère attribuait son état à une *peur* qu'il aurait eu à trois ans, d'un coup de révolver tiré près de lui dans une baraque foraine. Il s'enfuit et pleura beaucoup. Les parents qui donnent les renseignements disent qu'on voyait auparavant, que l'enfant était arriéré et sans intelligence.

1892. *Juillet.* — *Poids :* 43 kilogr. 500. — *Taille* : 1 m. 60.

4 *octobre.* — L'enfant est vacciné sans succès; il présente 3 cicatrices anciennes à chaque bras.

Décembre. — Lev.. a fait quelques progrès en lecture, mais sa prononciation est embarrassée. — Il écrit plus vite que lorsqu'il est entré, et forme mieux ses lettres. — Il sait faire les additions. Il n'a aucune mémoire. Il a un bon caractère, est courageux et docile. A l'atelier de cordonnerie, on est content de ses efforts, mais il apprend difficilement. Il ne sait pas danser, ni chanter. En gymnastique, il travaille bien et commence à faire les mouvements d'ensemble.

1893. 28 *février.* — *Etat actuel.* — Le malade est maigre, il a le teint coloré, les extrémités sont un peu cyanosées. Le visage, ovale, offre de nombreuses taches pigmentaires. Cheveux roux, bien plantés, nombreux. Pas de ganglions. — *Crâne* en forme de tronc de cône. Bosses pariétales un peu proéminentes ; la partie gauche du crâne semble plus développée. Cicatrice sur la joue droite près du sillon naso-labial ; deux dépressions linéaires prolongent la commissure des lèvres. — Arcades sourcilières bien marquées; sourcils peu fournis,

bruns. Iris couleur marron. *Vue* normale. — Le malade différencie bien les couleurs. — Nez droit, sous-cloison non déviée, narines horizontales. Perception de toutes les odeurs. — La partie gauche de la face est plus proéminente. — Bouche petite; lèvres minces ; voûte du palais peu profonde ; amygdales volumineuses. — Granulations pharyngées. — *Goût* normal. — Dentition régulière. — Le maxillaire supérieur présente de l'atrésie. Rétroversion des incisives supérieures gauches. — *Oreilles* grandes, écartées. — *L'ouïe* est un peu obtuse. — Le malade entend néanmoins le tic-tac d'une montre des deux côtés.

Cou normal, circonférence : 38 centimètres. On perçoit facilement toute l'étendue du corps thyroïde. — *Membres supérieurs* normaux, peu musclés; ongles légèrement cannelés transversalement ; doigts petits, un peu arqués en dedans.

Thorax étroit, peu musclé. — Dos voûté. — La colonne vertébrale présente un angle saillant en arrière dont le point culminant est au niveau des omoplates. — *Abdomen* peu saillant. — *Membres inférieurs* et pieds normaux.

Puberté. — Verge : longueur 6 centimètres, circonférence 5 centimètres, prépuce long; gland découvrable. Bourses volumineuses, flasques. Les testicules ont la grosseur d'un œuf de pigeon, le droit descend un peu plus bas. Poils roux, abondants au pénil, empiétant légèrement sur les régions inguinales. Poils à l'anus.

Mensurations de la tête.

Circonférence horizontale maxima..................	53
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez....................................	37,5
Diamètre antéro-postérieur..........................	16.5
— bi-auriculaire..............................	12.5
— bi-pariétal.................................	15
Hauteur du front....................................	6

4 mai. — L'enfant depuis son séjour à l'hôpital Tenon se plaint d'avoir par moments une diminution de l'ouïe, accompagnée de céphalalgie. Son oreille rend un liquide purulent. Injections boriquées chaudes. Pas d'albumine dans les urines.

19 mai. — Lev... est pris dans la journée de frissons qui se répètent durant une heure. Il se plaint de douleurs dans les jambes et les articulations. Pas de fièvre. — Le lendemain on note de légères traces d'albumine dans ses urines. — Lait.

23 *mai*. — La quantité d'albumine a augmenté et celle de la sécrétion urinaire a diminué (à peine 800 gr.). Pas de fièvre ; céphalalgie ; délire. Les douleurs dans les jambes persistent. Six ventouses scarifiées sur la région lombaire ; eau de vie allemande (15 gr.) ; régime lacté exclusif.

Dans l'après-midi, on constate à l'auscultation de nombreux râles sibilants et ronflants dans les deux poumons. Au cœur, léger retentissement au 2e bruit. Pupilles dilatées, ne réagissant pas. La surdité a augmenté. — T.R. 37°, 2. Décubitus dorsal. Respiration très gênée ; râles nombreux. Le malade fait entendre un bruit de scie en respirant. Cet état vient d'arriver car une 1/2 heure avant, il avait toute sa connaissance, il était resté assis pendant qu'on faisait son lit. Puis il s'est affaibli et il vient de perdre connaissance. La sensibilité persiste partout, le malade pincé réagit. Les pupilles sont dilatées, les yeux dirigés à gauche, pas de déviation des traits, ni de la tête. Raideur de la nuque. Le cœur fonctionne bien ; les temps sont nets. Pouls régulier, un peu lent. T. R. 36°. — La quantité d'urine est difficile à apprécier car le malade urine constamment sous lui. *Albumine* (9 gr.). La peau est moite ; sueurs abondantes. Visage congestionné mais non cyanosé. A 10 heures 1/2 le malade meurt brusquement. — T.R. aussitôt après la mort, 36° ; — 1/4 d'heure après la mort, 35° ; — une heure après, 24° ; — deux heures après, 24° ; — cinq heures après, 24° ; — huit heures après, 23° ; — 11 heures après, 19°. — La température reste alors à 19°.

AUTOPSIE. — *Cuir chevelu*, épais, anémié. — *Os du crâne* peu épais et peu unis. Calotte blanche, mince (2 à 4 millim.), symétrique ; nombreuses plaques transparentes surtout parallement et en arrière de la suture coronale, sur le pariétal gauche. Près du point de départ de la suture sagittale, on voit une plaque encore plus transparente, en forme de 8. A droite, se trouve une autre plaque très transparente, de forme circulaire. Les sutures sont finement dentelées ; la sagittale est sinueuse ainsi que la lambdoïde dans toute son étendue. Les sutures sont gorgées de sang et ne présentent aucune trace de *synostose*, soit à la table interne, soit à l'externe. *Os wormiens* dans le tiers postérieur des deux branches de la suture lambdoïde. Aucune trace de la suture métopique. — *Dure-mère* peu épaisse, pâle ; sang fluide dans les sinus latéraux. Les différentes cavités de la base sont symétriques, trou occipital normal. — *Glande pinéale* allongée, de la grosseur d'un petit pois. — *Glande pituitaire* (10mm sur 7) saine et

pâle. Toute la base de l'encéphale est symétrique et normale. — La *pie-mère*, exsangue à la base et à la convexité, s'enlève facilement et est un peu œdématiée en certains points.

Hémisphère cérébral droit	575 gr.
— — gauche	575 —
Cerveau	1.150 —
Hémisphère cérébelleux droit	85 —
— — gauche	85 —
Bulbe et protubérance	20 —
Cervelet et isthme	190 —
Poids total de l'encéphale	1.335 —

Il s'écoule une petite quantité de *liquide céphalo-rachidien.*

Hémisphère cérébral gauche. — Circonvolutions régulières. — Pas de sclérose. Les sillons sont peu profonds. — Le lobule de l'insula présente trois digitations. — La première temporale envoie un prolongement assez volumineux au fond de la scissure de Sylvius. La circonvolution du corps calleux a un *aspect chagriné* ; il en est de même du lobule carré et de la partie postérieure des 2e et 3e temporales. Ventricule latéral non dilaté. — Couche optique, corps strié, rien à signaler.

Hémisphère cérébral droit. — Même remarque que pour le précédent au sujet des circonvolutions et des sillons ; cependant l'aspect chagriné est moins prononcé. — Ventricule latéral sain ; aucune lésion de ses parties constituantes.

Protubérance et *bulbe* symétriques, assez développés et fermes. — L'*hémisphère cérébelleux gauche* présente à sa partie médiane un *petit foyer* constitué par un piqueté hémorrhagique formant un ilot de 8 millimètres sur 2 millimètres ; à droite, rien.

Moelle épinière, œdématiée ; elle remplit le canal vertébral. A l'ouverture des méninges rachidiennes, il s'écoule environ 15 gr. de liquide.

Cou. — *Corps thyroïde*, 3 gr. — *Thymus*, gros comme une noisette.

Thorax. — La *plèvre droite* renferme 100 grammes de liquide. — Le *poumon droit* pèse 580 gr., il adhère à la partie postérieure de la cage thoracique par une bride ancienne. Le bord antérieur présente un œdème très marqué et de l'emphysème. Congestion de la base et du bord postérieur. A la coupe,

aspect rouge, louche. Il s'échappe des bronches du lobe supérieur, à la pression, un liquide purulent. Pas de bronchite des lobes moyen et inférieur. — *A gauche*, il y a moins de liquide dans la plèvre ; fausses membranes plus abondantes, broncho-pneumonie du lobe inférieur, œdème du bord antérieur. — Poids du poumon, 650 gr. — *Cœur*, 40 gr. Aucune lésion ; persistance du trou de Botal ; caillot volumineux dans le ventricule gauche. — *Estomac* et *pancréas* (30 gr.), normaux ainsi que le *foie* (1225 gr.) et la *vésicule biliaire*. — *Rate* (160gr.) congestionnée, rien de plus. — *Rein droit* (265 gr.), blanchâtre, avec de nombreux sillons rouges ; pas de lobulation. A la coupe, il crie légèrement. Cette coupe a une *couleur blanche* ; les pyramides sont effacées et sont seulement représentées par de légères stries. Petit kyste à la partie médiane. — *Rein gauche* (170 gr.), il a conservé sa forme et son aspect, ne crie pas à la coupe. Il est *moins blanc* que le précédent, envoie des trainées rougeâtres marquant la base dont la forme se dessine par des stries blanches ; ni calculs ni kystes. — *Vessie* normale, pas d'inflammation ni de calculs.

Réflexions. — I. Les renseignements sur les familles paternelle et maternelle sont trop insuffisants pour qu'on puisse se former une idée exacte de l'hérédité. Rappelons seulement les excès alcooliques probables chez le père, certains chez le grand père maternel de l'enfant, des convulsions chez l'une de ses sœurs.

II. L'enfant était déjà regardé comme arriéré quand, à trois ans, l'état intellectuel s'est encore abaissé, consécutivement, dit-on, à une peur.

III. Le séjour de Lev.... dans le service a été trop court pour que sa situation intellectuelle ait pu changer notablement. Pourtant on avait obtenu déjà une légère amélioration sur certains points, malgré son âge avancé. Et, pour nous, il est certain que si l'on s'en était occupé sérieusement, et plus tôt, on aurait eu d'excellents résultats. C'est, en effet, dès que l'on a constaté qu'un enfant est en retard,

comme on dit, qne l'on doit commencer le traitement spécial.

IV. Le malade a été atteint d'une néphrite parenchymateuse qui s'est compliquée d'*accidents urémiques* et ceux-ci ont déterminé la mort. Ici, suivant la règle d'ailleurs, ainsi que nous l'avons démontré, l'*urémie* s'est accompagnée d'un *abaissement de la température*.

III.

Sclérose atrophique et méningo-encéphalite ;
(Paralysie générale enfantile).

PAR **BOURNEVILLE** et **LENOIR**.

SOMMAIRE. — *Père, caractère très emporté. — Grand-père paternel, coléreux, quelques excès de boisson, mort phtisique. — Grand'mère paternelle, migraineuse. — Grand-oncle paternel, mort aliéné; excès de boisson. — Tante paternelle, migraineuse. — Tante paternelle, tuberculeuse. — Mère sujette à des migraines qui cessent durant les grossesses. — Grand'mère maternelle, nerveuse, névralgique. — Arrière-grand-père maternel, mort paralysé et aphasique. — Grand'tante maternelle, morte tuberculeuse. — Grand-oncle maternel, aliéné. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an. — Frère, convulsions, mort de méningite. — Deux sœurs ont eu de petites convulsions, une autre des crises épileptiformes.*

Chagrins durant la grossesse. — Naissance à 7 mois 1/2. — Premières dents à 9 mois, dentition complète à 2 ans 1/2. — Parole à 16 mois. — Bronchite à 7 mois 1/2. — Rachitisme. — Marche à 4 ans et 1/2. — Rougeole à 13 mois et à 7 ans 1/2. — Convulsions à 9 mois. — Arrêt de l'intelligence jusqu'à 6 ans. — Puis développement rapide de l'intelligence. — Scarlatine à 7 ans et 1/2. — Brûlure à 7 ans suivie d'un tremblement. — Étourdissement avec chute. — Céphalalgie. — Diminution de l'intelligence; aggravation du tremblement. — Modifications du caractère. — Accès de colère. — Grincements de dents. — Bégaiement. — Déchéance physique. — Broncho-pneumonie. — Élévation de la température. — Mort.

AUTOPSIE. — *Lésions pulmonaires de broncho-pneumonie surtout à gauche. — Cerveau : Dure-mère quelques adhérences à la fosse temporale gauche ; pie-mère louche, blan-*

châtre, œdématiée, vascularisée, quelques adhérences, principalement et des deux côtés au niveau du pied de la pariétale ascendante, du pli courbe, de l'insula. — Prédominance des lésions à gauche. — Toutes les circonvolutions de la face convexe sont grêles, surtout la moitié antérieure de F^1 *et du 1/3 antérieur de* F^2*. Mêmes lésions à la face interne de l'hémisphère gauche, sur la moitié inférieure de* F^1 *et sur le 1/3 inférieur de la circonvolution du corps calleux. — A droite, lésions moins accentuées, atrophie scléreuse de l'insula et de la partie antérieure de* F^1 *et* F^2*, Pas de sclérose sur la face interne de cet hémisphère.*

Desh... (Eugène), né à Paris le 20 juillet 1878, est entré à Bicêtre, le 9 juillet 1892 (service de M. BOURNEVILLE) et est décédé le 8 janvier 1893.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère le* 26 *juillet* 1892). — *Père*, 37 ans, arbustier, sobre, n'a jamais eu de convulsions, de fièvre typhoïde, de chorée, de migraines, de rhumatismes, de dartres ni de syphilis; il a eu de l'acné rosacea au visage. A 28 ans, à la suite d'une violente colère, crises cardiaques angineuses (palpitations avec dypsnée, pâleur, menaces de mort). Fumait un peu autrefois, depuis ces crises, il ne fume plus. Pas de traumatisme sérieux. Caractère violent, coléreux. [*Famille du père : Père*, mort à 36 ans de *tuberculose pulmonaire*, orfèvre, buvait un peu, très nerveux, coléreux. — *Mère*, 52 ans, bien portante, migraines fréquentes, surtout au moment des règles, l'obligeant à se coucher, accompagnées de vomissements et vertiges; très nerveuse. — *Grand-père* et *grand'mère paternels*, aucun renseignement; ils seraient morts âgés. — *Grand-père* et *grand'mère maternels*, aucun renseignement. — Un *oncle paternel* est mort *aliéné* à la suite d'*abus d'absinthe* ; il paraît avoir été mélancolique. — Pas de détails sur les *oncles maternels*. — Un *frère*, mort à 17 ans de la fièvre typhoïde, était intelligent. — Une *sœur*, 27 ans, délicate, nerveuse, sujette à des *migraines* avec vomissements, a un petit garçon, nerveux, intelligent. — Une autre *sœur*, 19 ans, *tuberculeuse*, nerveuse, a une fille bien portante, intelligente. — Dans le reste de la famille, pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, pas de suicidés, pas de prostituées, etc.]

Mère, 37 ans, pas de convulsions, de fièvre typhoïde, de chorée, de rhumatisme. Nombreux abcès au sein il y a 3 ans,



depuis elle serait irritable. *Migraines* fréquentes survenant au moment des règles, durant 3 ou 4 jours, avec céphalalgie intense « tout tourne autour d'elle ». Pas de vomissements. — [*Famille de la mère : Père,* 15 ans, briquetier, sobre, caractère calme. — *Mère*, 58 ans, sujette aux névralgies, nerveuse, mais sans crises. — *Grand-père paternel*, mort à 47 ans du choléra. — *Grand'mère paternelle*, morte à 99 ans, *paralytique, aphasique*, auparavant elle n'était jamais malade. — *Grand-père maternel*, aucun renseignement. — *Grand'mère maternelle*, morte à 59 ans, d'une maladie de cœur. — Un *oncle paternel*, sobre, mort d'accident à 48 ans. — Une *tante paternelle*, 52 ans, bien portante ainsi que ses enfants. — Un *oncle*, 45 ans, *aliéné*, interné depuis l'âge de 19 ans. — Deux *frères*, 22 ans et 15 ans, sobres et bien portants. — Une *sœur*, 35 ans, intelligente, mariée, a un fils normal, en bonne santé. — Dans le reste de la famille, pas d'idiots, d'aliénés, etc.] — Pas de consanguinité. — Le mari a un an de plus.

7 enfants : 1° Notre malade ; — 2° Un garçon, mort de *méningite*, à 4 ans, *convulsions* très légères à la dentition ; — 3° Fille morte à 7 ans de *méningite* ; — 4° Fille morte à 17 mois de fièvre typhoïde ; à partir de 9 mois, *crises épileptiformes* tous les 10 jours (cri initial, chûte, écume, convulsions, coma) ; — 5° Fille, 5 ans, bien portante, intelligente, petites *convulsions* à la dentition ; — 6° Fille, morte à 3 ans 1/2 de fièvre typhoïde, intelligente ;— 7° Fille, 13 mois, paraît intelligente, bien portante, turbulente.

Notre malade. — *Conception*, rien de particulier. — *Grossesse*, pas de coups, de chûtes, de tentatives d'avortement ; émotions continuelles, la mère alors n'étant pas mariée et étant mal reçue dans sa famille. — *Accouchement* à 7 mois 1/2 ; durée du travail 48 heures, naturel. — L'enfant, *à la naissance*, était faible, sans asphyxie. Il a été placé durant deux jours dans une étuve, puis enveloppé d'ouate pendant un mois et demi. — Nourri au sein par sa grand'-mère qui avait un enfant du même âge ; sevré à 15 mois. Premières dents à 9 mois ; dentition complète à 2 ans et demi. Parole à 16 mois. Marche à 4 ans et demi, seulement il était « noué », traînait les jambes, marchait difficilement. — *Convulsions* légères à 9 mois, consistant en balancements de la tête et en contorsions du bras ; pas de secousses. Ces convulsions n'auraient pas modifié son intelligence, très rudimentaire, qui ne s'éveilla qu'à 6 ans. Rougeole à 13 mois et à 2 ans et demi (?). — Scarlatine à 7 ans et demi ; œdème consé-

cutif. — Bronchite à 7 ans et demi. Adénite cervicale chronique, engelures, pas d'autres maladies scrofuleuses. Pas de traumatismes autres qu'une brûlure au visage à 7 ans, pour laquelle il resta 9 mois à l'hôpital Trousseau. Depuis il lui est resté un *tremblement* continuel qui existe encore. Il a eu un *étourdissement avec chute* il y a 18 mois. Depuis, *céphalalgies* fréquentes, pas de secousses, pas de cauchemars, pas de vertiges, peurs fréquentes. De Trousseau envoyé, pour son tremblement et sa faiblesse, à Forges-les-Bains, il en est revenu il y a 15 jours : amélioration physique, mais déchéance intellectuelle. — Mastication bonne. Pas d'incontinence d'urine. Pas de vers intestinaux constatés. L'enfant a toujours été sombre, peu affectueux, aimant la solitude, coléreux. Pas de clastomanie ni de pyromanie. Kleptomanie, n'a volé ses parents que pour acheter des futilités ou des gourmandises. Depuis l'âge de 6 ans, il faisait des progrès en classe, se conduisant bien, travaillant, sachant lire, écrire, compter.

Début apparent des troubles mentaux. Depuis son retour de Forges, il n'a plus sa tête, il bégaye quand il veut parler, ce qui ne lui était jamais arrivé, et le tremblement est tel qu'il ne peut écrire. Pas d'onanisme. La mère attribue son état à son séjour à Forges : « Avant, dit-elle, il avait l'air un peu bête, mais on attribuait cela à la croissance, depuis il est devenu pire. »

Etat actuel (15 *août* 1892). — Teint légèrement coloré. Embonpoint. Aspect vigoureux. Visage peu expressif. — *Poids* : 33 kilogr. — *Taille* : 1 mètre. — *Dynamomètre* : M. D. 30 k. 5 ; M. G. 29 k. 4.

Dimensions de la tête.

	Juillet 1892.	Janv. 1893.
Circonférence horiz. maxima.....	51	52
1/2 circonf. bi-auriculaire........	29	33
Distance de l'articulation-occipito-atloïd. à la racine du nez.......	40	40
Diamètre antéro-post. maximum.	18	18
— bi-auriculaire..........	12	12
— bi-pariétal	14.5	14.5
Hauteur médiane du front.......	5	5

Tête. — Cheveux blonds, abondants. *Crâne* assez volumineux, symétrique, allongé. Front droit. Arcades sourcilières à peine développées. *Face* rectangulaire, cicatrice à la partie gauche du menton. Sourcils blonds, très peu fournis, n'exis-

tent qu'à la partie interne. Cils châtains, longs, implantation normale. Orbites normales. Yeux, très mobiles. Iris bleu pâle, Pupille gauche rétrécie. Réaction bonne à la lumière et à l'accommodation. L'enfant connait le blanc, le noir, le rouge, confond le vert et le bleu. Pas de diplopie. — *Nez* large, droit, les ailes ne font pas de saillie; ni bifidité, ni déviation, orifice droit plus grand que le gauche ; ils regardent tous deux en bas. Des... ne connait pas les odeurs, se retire devant l'ammoniaque. Pommettes non saillantes, régulières, symétriques. — *Bouche* moyenne, la partie médiane de la lèvre supérieure est légèrement déviée à droite ; au repos la bouche est à demi ouverte à droite, la lèvre supérieure fait saillie sur l'inférieure, lèvres toutes deux minces. *Voûte palatine* ogivale, luette normale. Amygdales volumineuses. D..reconnait les substances sucrées, salées, amères. — *Dents* complètes ; les incisives supérieures proéminent, pas de signe de Hutchinson. — *Menton* pointu. *Oreilles* grandes, aplaties, lobule épais, saillant.

Cou court, sa circonférence est de 28,5. Corps thyroïde de volume moyen.

Membres supérieurs bien musclés, longueur égale, articulations souples, cicatrices consécutives à des *brûlures* au tiers inférieur des avant-bras. A droite la cicatrice enveloppe presque entièrement le tiers inférieur et à la partie interne presque toute la longueur de l'avant-bras ; à gauche, sur la face antérieure et le bord interne, presque jusqu'au coude. *Sensibilité* normale. Ongles à peine colorés, mains violacées, doigts épais, en boudin.

Membres inférieurs. — Volume, attitude, marche, mouvements provoqués et volontaires, normaux. Il en est de même de la *sensibilité* et des *réflexes.* Voûtes plantaires peu accusées.

Thorax bien constitué, rien aux poumons, rien au cœur. *Ventre*: adipose prononcée ; ombilic large et déprimé ; pas d'hypertrophie du foie. *Anus* normal.

Puberté, corps glabre. La verge présente un *phimoisis* ; gland découvrable, testicules en place, gros comme des œufs de moineau.

L'enfant, à l'époque de cet examen, est dans le même état qu'à son arrivée. Il connait ses noms et prénoms, parle avec lenteur, hésitation, exécute mal ce qu'on lui commande. Il sait parler, cause difficilement, parole brève, saccadée en pinçant les lèvres et appuyant son menton sur sa poitrine. Voix basse, peu agréable. Attitude inclinée en avant, marche tremblante, traine les pieds, ne court pas, ne veut pas sauter,

monte et descend difficilement, il faut l'aider. Il a toujours l'air souffrant, ne se plaint jamais. Tenue bonne à table, se sert de la cuillère, et de la fourchette mais pas du couteau. — L'appétit est médiocre ; D... ne mange que contraint, mâche difficilement, digestion assez bonne, ne bave pas, gâte la nuit et le jour. — Sommeil paisible. Onanisme non constaté. Caractère sombre, peu affectueux, aime la solitude, ne joue pas. Présente quelques *tics* (battements des paupières, les yeux étant à moitié fermés, froncements du front). Ronge ses ongles. (*Onychophagie.*)

Des... ne sait s'habiller ni se déshabiller, s'y prête, semble avoir su le faire ; il ne sait se nettoyer ; n'obéit pas, est très obstiné, l'attention est difficile à fixer. Il pleure peu. Aucune aptitude pour le chant. Vue assez bonne. A la sensation du chaud et du froid. — Il a dû savoir lire couramment, car il lit bien des noms difficiles, ne peut suivre la phrase, ne peut écrire à cause de son tremblement. Connaît bien les couleurs mais ne veut pas les placer. Fait la différence des longueurs ; ne peut nommer les surfaces et les solides ; reconnaît à peu près tous les objets des leçons de choses. Fait les premiers mouvements de gymnastique difficilement.

4 *octobre*. — Vaccination sans succès.

15 *décembre*. — Entre à l'infirmerie parce qu'il est en *déchéance* et a des engelures aux mains et aux pieds et des boutons aux fesses. Dequis quelque temps il ne mange plus. Il a une mauvaise attitude dans son lit, les genoux sont repliés jusqu'au ventre.

1893. 4 *janvier*. — L'enfant tousse et à l'air de souffrir. Rien à l'auscultation. Respiration libre. — Ventre non douloureux. Selles dures et moulées. Ventouses sur la poitrine. Todd. Sinapismes — *Soir* : T. R. 37°,9.

5 *janvier*. — *Matin* : T. R. 38°. — *Soir* : T. 39°,5.

6 *janvier*. — *Matin* : T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 39°.

L'enfant est haletant. A l'auscultation, râles disséminés dans tout le côté gauche de la poitrine, surtout en arrière. — Ces râles existent, mais moins nombreux à droite ; ils sont fins, quelque peu humides éclatent aux deux temps de la respiration. Pas de matité, T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 39°. Langue rouge et sèche. Ventre non douloureux, pas de diarrhée.

7 *janvier*. — Même état. Vésicatoire à gauche. T. R. 39°,2. — *Soir* : T. R. 39°,3.

8 *janvier*. — L'enfant est mort ce matin avec une tempéra-

ture de 39°,7. — Un quart d'heure après la mort, 38° ; — une heure après, 37°,5 ; — deux heures après, 35°. — Température de la chambre 10°. — *Poids* après décès : 30 kilogr.

AUTOPSIE faite le 9 janvier, 25 heures après décès.

Encéphale	1.065
Hémisphère cérébral droit	450
Hémisphère cérébral gauche	440
Cerveau	885
Cervelet et isthme	170
Hémisphère cérébelleux droit	75
Hémisphère cérébelleux gauche	75
Bulbe et protubérance	20
Liquide céphalo-rachidien mêlé de sang	90

Tête. — *Cuir chevelu* amaigri, pâle. — Os du *crâne* très durs, un peu épais surtout à droite. Les *sutures* sont toutes très apparentes et sinueuses ; sur la branche droite de la suture lambdoïde, il y a 2 os wormiens d'un cent. de côté ; sur la branche gauche ; il y a 3 os wormiens un peu plus petits. A la face interne toutes les sutures sont également visibles et représentées par des sillons qui sont translucides. Larges plaques transparentes au niveau de la fontanelle antérieure et le long des branches de la suture coronale principalement à droite. — *Dure-mère* comme affaissée sur le cerveau, plissée. Quelques adhérences au niveau de la fosse temporale gauche. — La *pie-mère* de la convexité est louche, blanchâtre, œdématiée, finement vascularisée, sauf à la pointe des lobes occipitaux. Mêmes lésions sur la face interne des deux hémisphères, plus accusées sur le gauche que sur le droit, maximum d'intensité près des bords supérieurs. A la base du cerveau, la pie-mère est finement vascularisée. — *Nerfs* et *artères* de la base symétriques, aucune lésion. Faces internes des lobes frontaux accolés. — *Corps pituitaire* peu volumineux (un petit pois).

Hémisphère gauche. — La *pie-mère*, très épaissie, s'enlève facilement, excepté à la face convexe du lobe temporal où il y a de nombreuses adhérences ainsi que sur le pli pariétal inférieur et le pli courbe. Quelques adhérences aussi sur le lobule de l'insula. — Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes sont assez développées, la première surtout. Toutes les

circonvolutions de la face convexe du lobe frontal sont grêles. De plus, la moitié antérieure de F^1 et le tiers antérieur de F^2 sont très *atrophiées*, blanchâtres, dures. *(Sclérose atrophique.)* Cette atrophie et cette coloration blanche se retrouvent dans les sillons.

Face interne. — La *pie-mère* est adhérente au niveau du lobe quadrilatère, du coin, de la circonvolution de l'hippocampe, mais par places. Quelques adhérences sur la moitié postérieure de F^1, Atrophie scléreuse de la moitié inférieure de F^1 et du tiers inférieur de la circonvolution du corps calleux. — *Ventricule latéral* un peu dilaté. — *Couche optique* et *corps striés* normaux. Au niveau des circonvolutions atrophiées, sillons peu profonds, larges, béants.

Hémisphère droit. — La *pie-mère*, partout épaissie, s'enlève facilement sauf au niveau du pli pariétal inférieur, du pli courbe et de l'extrémité postérieure de la première et deuxième F. Les circonvolutions avec adhérences sont très grêles, les sillons peu profonds; d'ailleurs toutes les circonvolutions sont petites sauf la FA et la PA. Le lobe frontal de ce côté est moins atrophié que l'autre. Toutefois F^1 et F^2 sont le siège de *sclérose* à la partie antérieure, mais moins qu'à gauche. Lobule de l'insula atrophié (?).

Face interne. — Quelques adhérences sur le lobe quadrilatère, sur la partie postérieure de la circonvolution du corps calleux et enfin sur quelques points de F^1 mais pas de sclérose. — *Ventricule latéral* un peu dilaté. — *Couche optique*, *corps strïé*, *corne d'Ammon*, rien. — Les *lésions scléreuses* et de *méningo-encéphalite* prédominent à gauche.

Cou et Thorax. — *Larynx* et *trachée*: normaux. — *Corps thyroïde* (12 gr.); pas de *thymus*. — *Poumon droit* (250 gr.), pas d'adhérences. Lobe supérieur atélectasié. — *Poumon gauche* (380 gr.). — La partie inférieure du *lobe supérieur* présente une *hépatisation rouge* tendant à devenir grise; il coule dans l'eau; emphysème à la partie supérieure; au lobe inférieur nombreux nodules de *broncho-pneumonie*. Adhérence pleurale du lobe supérieur. — *Cœur* (110 gr.), normal.

Abdomen. — *Foie* (950 gr.), congestionné. — *Rein droit* (70 gr.), congestionné, se décortique facilement. — *Rein gauche* (75 gr.). — *Rate* (45 gr.), normale. *Pancréas* (25 gr.), *vessie* et *organes génitaux*, rien à noter.

Cause de la mort : Broncho-pneumonie dans le cours d'une méningo-encéphalite chronique.

RÉFLEXIONS. — I. Il s'agit ici d'un enfant dont l'ascendance est particulièrement riche en antécédents morbides : père d'un caractère violent; grand-père paternel, emporté et ayant fait des excès de boisson; grand'mère et tante paternelles, migraineuses; grand-oncle paternel, alcoolique et aliéné, etc. — Du côté maternel, mère, migraineuse, grand'mère maternelle, nerveuse ; grand-oncle maternel, aliéné (1). — Les frères et sœurs du malade apportent, à l'appui de cette hérédité, la méningite, les convulsions, et des crises épileptiformes.

II. En ce qui concerne les antécédents personnels, nous avons à relever des chagrins pendant la grossesse, la naissance à 7 mois et des *convulsions* à 9 mois : c'est à celles-ci qu'il nous semble logique de rattacher la *sclérose atrophique*, cause de l'*arrêt de développement intellectuel.*

III. A partir de 6 ans, l'intelligence se développe, assez rapidement même : l'enfant est bon écolier, apprend à lire, à écrire, à compter. Puis, à la suite d'une brûlure, on voit apparaître des troubles physiques et mentaux qui vont sans cesse en s'aggravant jusqu'à la mort : le tremblement léger, qui existait auparavant, augmente et rend l'écriture impossible; les forces diminuent, la marche est de plus en plus pénible et trainante; un étourdissement avec chute — qui n'a peut-être pas été le seul — se produit; la

(1) Pierre Marie Ch.. est entré le 12 mars 1866 à Bicêtre et en est sorti le 19 août de la même année. Le certificat, signé Lasègue, est ainsi conçu : « A eu depuis une fièvre typhoïde des accidents cérébraux se manifestant par de la faiblesse d'esprit et de la persécution imaginaire tenace ; accès maniaques rares. »

parole s'embarrasse, est bégayante ; les facultés intellectuelles déclinent ; les pupilles sont inégales et on a sous les yeux un ensemble symptomatique rappelant celui de la *paralysie générale progressive*, qui a permis de poser le diagnostic de *méningo-encéphalite chronique*, qu'est venue confirmer l'autopsie. Déjà nous avons publié un certain nombre de cas semblables dans nos précédents *Comptes-rendus*. Nous espérons pouvoir un jour en tirer les éléments d'une description complète de cette forme de l'idiotie ou plutôt de cette maladie qui a ses symptômes bien définis.

IV.

Trente cas d'épilepsie traités par les injections sous-cutanées de liquide testiculaire ;

PAR BOURNEVILLE ET Paul CORNET.

On sait que M. Brown-Séquard, d'abord seul, puis en collaboration avec M. d'Arsonval, a employé les *injections de liquide testiculaire* dans un grand nombre de maladies. On sait aussi que ces savants expérimentateurs attribuent l'effet favorable de l'extrait orchitique à deux influences : l'une *dynamique*, s'exerçant sur le système nerveux qui gagne en force, et l'autre *réparatrice* en provoquant la formation de nouvelles cellules par l'apport dans le sang de matériaux nouveaux (1).

Les guérisons ou les améliorations obtenues par cette méthode de traitement depuis le début de son application, portent, au dire des auteurs (2), sur l'*ataxie locomotrice*, différentes *scléroses médullaires*, sur la *tuberculose pulmonaire*, le *cancer superficiel*, la *paralysie agitante*, le *diabète* et sur diverses affections chroniques (3). Pour MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, la *neurasthénie* seule se serait montrée rebelle au traitement. D'autres médecins ont essayé la macération

---

(1) *Académie des Sciences*, 24 avril 1893.
(2) *Ibidem*. 30 mai 1892.
(3) *Ibidem*. 24 avril 1893.

testiculaire dans la *lèpre* et *diverses dermatoses*, dans le *cancer* de l'*estomac*, etc.

Lorsque, au mois de février, nous avons commencé notre expérimentation, personne, à notre connaissance, n'avait rien publié sur l'emploi thérapeutique du suc testiculaire dans l'épilepsie. Depuis, M. le Dr Ch. Féré a communiqué à la *Société de biologie* (1) le résultat de ses recherches personnelles. Les malades mis en traitement par M. Féré ont été deux hystériques atteints de paraplégie incomplète et dix épileptiques. Sur ce nombre trois ont été écartés pour diverses raisons. Restent neuf malades. Ils ont reçu chaque jour deux centimètres cube de liquide dilué par moitié. Les expériences, commencées le 19 octobre 1892, ont été terminées le 8 février 1893. M. Féré résume ainsi ses recherches :

« En somme, le traitement n'a eu aucun effet heureux sur le nombre des accès des épileptiques ; c'est un résultat qu'il ne promettait pas. Mais on aurait pu s'attendre à une modification avantageuse de l'état général. Or, sur ces 9 malades, y compris l'hystérique, 7 ont perdu du poids, un est resté stationnaire et un a augmenté de 500 gr. Il me semble donc que le suc testiculaire n'a pas, dans cette circonstance, fait ses preuves d'agent tonique et reconstituant. »

Mode opératoire. Nous avons appliqué la nouvelle méthode, à trois séries de dix enfants, en faisant de chaque série un champ opératoire distinct. Pour chacune d'elles, le liquide testiculaire injecté a été de provenance différente, comme nous le verrons plus loin. Pour chacune d'elles également, il y a eu variation dans la *durée* du traitement.

Quant au *mode d'administration* du médicament, il a été le même pour les trente enfants, c'est-à-dire

(1) *Société de Biologie*, séance du 3 juin 1893 (*Compte-rendu hebd. de la Société de biologie*, 1893, p. 578.)

en *injections hypodermiques*. Les injections ont été pratiquées au niveau des deux fesses avec la seringue de Pravaz ou celle de M. le prof. Straus. Nous avons fait autant de piqûres que nous avons injecté de centimètres cubes de liquide.

L'état intellectuel et moral des enfants a été consigné avec soin avant le traitement. L'attention du personnel, maîtres et infirmiers, a été attirée spécialement sur ces enfants, afin de noter toutes les modifications, qui pourraient survenir et, tout récemment encore, avant de venir faire ici notre communication, tous les enfants ont été réexaminés.

1re SÉRIE : DIX ENFANTS.

Provenance du liquide. L'*extrait testitulaire de taureau,* nous a été complaisamment fourni par un laboratoire particuler (Laboratoire Biologique, du Dr Pouillet, rue Broca) sous deux états de concentration différente : une solution dite faible, au 5e, et une solution dite forte, à 1 pour 2/5e.

Durée totale du traitement : 40 jours.

Quantité de liquide injecté : de 1 à 4 injections, progressivement ; ce qui signifie, comme le liquide a toujours été dédoublé avec de l'eau stérilisée, d'un demi à deux centimètres cubes.

OBSERVATION I. — ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE ; DÉBILITÉ MENTALE CONSÉCUTIVE.

SOMMAIRE. — *Père, migraines, névralgies, gastralgie. — Grand'mère paternelle, alcoolique, aliénée. — Deux tantes paternelles migraineuses et une autre sourde-muette. — Mère, très nerveuse ; punaisie. — Grand'mère maternelle, coliques de plomb. — Oncle maternelle, bègue ; un autre*

bizarre. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.

Durant les 6e, 7e et 8e mois de la grossesse, étouffements avec perte de connaissance. — Convulsions internes à 2 jours. — Secondes convulsions vers le 3e mois (?). — État de mal convulsif à 2 ans. — De là à 5 ans convulsions 4 à 5 fois par an. — De 5 à 6 ans, accès toutes les six semaines. — De 7 à 9 ans, accès mensuels. — Affaiblissement intellectuel. — Onanisme à 8 ans. — Traitement par l'hydrothérapie seule, puis combinée avec l'élixir polybromuré; diminution des accès en 1891. — Traitement par les injections hypodermiques de liquide testiculaire en février 1893. — Mort dans un accès d'épilepsie. — Marche des accès de 1887 à 1893. — Développement de la tête, du poids, de la taille et de la puberté durant la même période.

AUTOPSIE. — *Congestion intense des os du crâne, de la dure-mère de* et *la pie-mère.—Lésions de méningo-encéphalite. — Coloration chair de saumon des circonvolutions. — Persistance du thymus. — Congestion des poumons et des reins.*

Lallem... (Paul), né à Paris le 20 octobre 1878, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 7 février 1887.

Antécédents (Renseignements fournis par son père et par sa mère le 16 février 1887*).* — *Père,* 37 ans, sobre, employé à la Ville, bien portant jusqu'à il y a 3 ans, où débuta une bronchite qui devint chronique avec emphysème; pas de convulsions de l'enfance. A partir de l'âge de 10 à 11 ans, *migraines* suivies de vomissements et cela plusieurs fois par mois, pour diminuer de fréquence à partir du mariage et disparaître complétement il y a 3 ans; douleurs rhumatismales; *névralgies faciales* à droite, *gastralgie.* [*Père* tué, en 1862, par un brancard de voiture. — *Mère,* morte du choléra à 49 ans, avait été atteinte *d'aliénation mentale.* Au 3me mois de l'allaitement d'une sœur aînée du père du malade, elle s'était mise à boire. Elle a été internée plusieurs mois à la Salpêtrière (1). C'était une enfant naturelle et ce qu'on sait de ses parents, c'est que son père était « un viveur ». — Deux *sœurs* sont rhumatisantes et *migraineuses.* — Une *tante maternelle* est *sourde-muette.*

(1) D'après les registres de la Salpêtrière, elle était atteinte de lypémanie, avec prédominance d'idées de terreur, de jugements et de condamnations à mort. Entrée le 18 août 1859, elle est sortie le 3 octobre de la même année.

— Pas d'autres aliénés, pas d'épileptiques, ni d'autres sourds-muets dans la famille, etc.].

Mère, 29 ans, modiste. Pas de convulsions de l'enfance; céphalalgies depuis son premier allaitement; très-nerveuse, sans attaques de nerfs; lymphatique, aurait eu une punaisie. [*Père*, mort à 55 ans, de bronchite chronique. — *Mère*, morte d'une pleurésie à 42 ans. Elle était peintre sur porcelaine et aurait eu des *coliques de plomb* (?). — *Grands-parents paternels*, émigrés polonais; pas de détails. — *Grand-père maternel, bègue.* — *Grand'mère maternelle*, morte asthmatique à 63 ans. — Un *frère, bègue*; un autre bizarre, n'aurait pas la tête « bien assise ». Pas d'accidents nerveux dans le reste de la famille. Pas d'autres bègues].

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans.

Quatre *enfants* : 1° Une fille bien portante; — 2° *Notre malade*; — 3° et 4° Un garçon et une fille en bonne santé.

Notre malade. — Rien à la *conception.* — *Grossesse* bonne jusqu'à 5 mois, puis, *étouffements* fréquents avec *perte de connaissance* durant 10 à 15 minutes; la crise entière durait une heure et se terminait par des pleurs. Les crises sont revenues tous les jours du cinquième mois à la fin du huitième. — *Accouchement* normal, sans chloroforme, en 2 heures. — *A la naissance*, pas d'asphyxie. A 2 jours *convulsions internes.* — Elevé au sein pendant 10 jours, par sa mère qui, prise de péritonite, a dû cesser l'allaitement. Il a été ensuite nourri au biberon à la maison pendant 20 jours, puis il a été mis jusqu'à 4 mois chez une nourrice qui, au lieu de l'allaiter, lui donnait le biberon. Repris à 4 mois parce qu'il avait une bronchite, il n'avait pas profité. Il avait des « gourmes infectes. » La nourrice aurait dit que l'enfant avait eu, une fois, des « convulsions internes. » Première dent à 14 mois; toutes les autres à 2 ans 1/2. Il a marché à 14 mois et commencé à parler à 2 ans. A cet âge, il était à peu de chose près comme les autres enfants et surtout comme ses frères ou sœurs.

Début de la maladie. — A 2 ans, *convulsions* subites à 8 heures du soir, sans prodrômes dans la journée : secousses cloniques, convulsions égales des deux côtés; constriction des mâchoires. Pas d'écume ni d'évacuations involontaires. Durée totale, 2 heures. — Nouvelles convulsions à 2 ans et à 4 mois; durée, une heure; elles ont été moins violentes que les premières. Ni fièvre, ni délire à la suite; pas de paralysie ni d'affaiblissement intellectuel.

De là à 5 ans, *convulsions* quatre ou cinq fois par an, durant ordinairement une heure. Sa mère prétend que, à 5 ans, il avait à peu près l'intelligence des enfants de son âge.

De 5 à 6 ans, convulsions toutes les six semaines. A partir de 6 ans, crises tous les mois; elles duraient de 15 minutes à 2 heures, quelquefois 3 heures ; alors, il avait plusieurs accès consécutifs. Dans l'un les convulsions étaient plus fortes à gauche, dans l'autre à droite. Une fois, à la fin d'une crise, il râlait ; ou croyait qu'il allait mourir (8 ans). Dans sa huitième année (1886), il a eu une douzaine d'accès. D'habitude, pas d'aura: quelquefois il se plaint d'avoir froid à la partie postérieure du cou, puis par tout le corps. — Pas de folie avant ou après les accès. Depuis 6 mois, il lui arrive d'avoir une évacuation des urines et des selles à la fin des crises. — Celles-ci sont diurnes et surtout nocturnes. On n'a noté ni secousses, ni vertiges.

L'*intelligence* a baissé depuis deux ans ; la *mémoire* surtout a diminué. De très doux qu'il était, il est devenu irritable, coléreux ; il est bleu dans ses colères, mais quand il estcalme, il est aussi affectueux qu'autrefois. Il n'a pas de mauvais instincts. Il s'est livré à l'onanisme à 8 ans, et, depuis aurait cessé.

Rougeole à 2 ans 1/2. Coqueluche à 3 ans. — Pas de scarlatine ni de varioloïde ; ni chorée, ni dipthérie, ni vers. — Gourmes de 4 mois à un an ; adénites cervicales ; quelquefois engelures. Comme traitement antérieur, il n'aurait eu que du bromure de potassium auquel sa mére attribue l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

État actuel (19 février 1887). — Physionomie assez intelligente. Crâne ovoïde, plus étroit en avant qu'en arrière, à base plus proéminente à droite qu'à gauche. Le front est élevé; la bosse frontale gauche est plus saillante que la droite. Les arcades sourcillières sont peu développées, les sourcils blonds, clair-semés. Yeux bleux, vifs. mobiles, assez intelligents. — Face ovale très allongée, asymétrique, le côté droit étant moins développé que le gauche. — Nez aplati, déformé, à convexité tournée à droite. — Lèvres grosses ; commissure droite moins élevée, plus courbe que la gauche, et plus déviée en bas. L'enfant garde sans cesse la bouche entr'ouverte. A la mâchoire supérieure, incisives centrales et premières molaires permanentes, le reste dents de lait ; — à la mâchoire inférieure, 4 incisives et premières molaires permanentes, le reste dents de lait. L'articulation, encore mal fixée, semble régulière. — Menton, oreilles, réguliers.

Membres, thorax, abdomen, bien conformés. Digestion, respiration, circulation, normales.

Organes génitaux. — Bourses rétractées, testicules égaux, de la grosseur d'une petite olive; prépuce très long; gland découvrable. Verge : longeur 4 centimètres; circonférence 55 millimètres.

Organes des sens. Odorat : ne peut dire si les odeurs sont bonnes ou mauvaises. — Goût : reconnait les saveurs amères, salées et sucrées. — Vue : distingue les couleurs excepté le vert et le violet.

Intelligence : L... parle librement ; il connait ses lettres, écrit lisiblement ; sait tracer les chiffres, compte jusqu'à 20 ; distingue assez bien les couleurs; nomme les différentes parties de son corps, ses vêtements, les principaux objets qui l'entourent. Au réfectoire, il se sert des trois objets ; se tient bien à table, mange proprement; il n'est ni gourmand, ni voleur. Il se lave, s'habille, se déshabille seul et sa tenue est bonne.

23 *février*. — *Traitement* : sirop d'iodure de fer ; bains salés ; petite école ; gymnastique.

4 *mars*. — Revaccination sans succès.

27 *juillet*. — Hydrothérapie.

7 *août*. — Caractère irritable ; a battu un de ses camarades plus faible que lui.

1888. 2 *avril* — *Puberté* : Visage glabre ainsi que les aisselles et le pénil. La verge a les mêmes dimensions. Les testicules, égaux, ont le volume d'une petite olive. Le prépuce est long et le phimosis déjà noté ne permet de découvrir que la pointe du gland. On n'a pas constaté d'onanisme.

Traitement : Hydrothérapie depuis le 1er avril.

1er *juin*. — Série d'accès.

1er *août*. — Ictère simple.

18 *août*. — Série d'accès (22).

25 *septembre*. — Série d'accès. La température n'a point dépassé 38°,4.

1889. *Avril*. — Hydrothérapie.

29 *août*. — *Puberté* : comme changement ou note : longueur de la verge 48 millimètres ; circonférence 53. — Testicules de la grosseur d'une noisette ; phimosis moins prononcé.

30 *décembre*. — Grippe.

1890. 30 *janvier*. — Élixir polybromuré d'une à trois cuillerées à soupe. — *Avril* : Hydrothérapie en plus.

Juillet. — *Puberté* : Le phimosis a disparu ; les testicules ont le même volume ; la verge mesure 50 millimètres sur 53.

1891. *janvier*. — L... prend toujours de l'élixir polybromuré. — En *mars*, on reprend les douches

Juillet. — Bien que les accès aient un peu diminué, le caractère de l'enfant est plus irritable.

Puberté : fin duvet à la racine de la verge, le reste du corps est glabre. Pas d'autres modifications.

1892. *Juillet*. — L.., a toujours continué l'élixir et il a repris ses douches le 1er avril.

Puberté : aucun changement notable.

1893. *Janvier*, — Elixir polybromuré jusqu'à quatre cuillerées. — Tendance vers la déchéance.

14 *février*. — Pupilles égales, contractiles. Très léger frémissement de la pointe de la langue. Pas d'embarras de la parole. Affaiblissement de la mémoire : il se trompe sur la date du jour et ne sait plus la date de sa naissance.

Traitement : suppression de l'élixir ; — *injections de liquide testiculaire* du 14 février au 3 mars (17 jours).

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		1887 : 23 ac. 1888 : 37 — 8 vert 1889 : 55 — 7 — 1890 : 47 — 4 — 1891 : 29 — » — 1862 : 32 — 1 — Du 1er janvier 93 au 7 février, 7 accès.
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	»	
Février........	5	»	2	»	3	»	4	»	
Mars...........	1	»	2	»	4	1	6	»	

4 *mars*. — Cet enfant est mort cette nuit vers 5 heures. Le veilleur assure n'avoir pas été témoin de l'accès, s'étant absenté de 4 h. 45 à 5 h. pour aller, suivant les instructions qu'il a reçues, réveiller les infirmiers de jour. Il a trouvé le malade mort dans son lit, couché dans le décubitus abdominal. Le corps a été transporté dans une chambre de l'infirmerie où nous le voyons, placé sur le dos, à 10 heures : la poitrine et le ventre sont distendus, gonflés ; la peau du thorax et de la face est d'un rouge vineux. Le bras gauche est étendu ; la main contractée, fermée. A droite, le bras est étendu, l'avant-bras flé-

chi, la main en supination. La tête est dans la rotation gauche.

T. R.	Corps.	Chambre.
1 heure 1/2 après la mort	32°	12°
4 heures —	26°	10°
7 heures —	20°	10°
10 heures —	18°	14°
12 heures —	18°	14°
14 heures —	16°	18°
16 heures —	16°	18°

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1887		1888		1889		1890		1891		1892		1893	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	»	»	1	1	2	1	3	»	2	»	4	»	3	»
Février	»	»	2	»	3	»	5	»	2	»	3	»	4	»
Mars	»	»	2	»	9	»	1	»	2	»	4	1	1	»
Avril..............	2	»	2	»	7	»	2	»	6	»	1	»		
Mai	1	»	7	1	7	»	5	»	3	»	3	»		
Juin	10	»	2	»	4	2	6	»	1	»	2	»		
Juillet	4	»	6	1	2	2	8	1	5	»	4	»		
Août	2	»	3	»	1	»	5	2	»	»	4	»		
Septembre..	»	»	7	5	2	»	3	»	1	»	1	»		
Octobre	2	»	2	»	9	»	3	1	»	»	1	»		
Novembre..........	2	»	2	»	5	1	1	»	4	»	2	»		
Décembre	»	»	1	»	3	1	5	»	3	»	3	»		
Total	23	»»	37	8	54	7	47	4	29	»»	32	1		

Les *notations dynamométriques* faites 2 fois par an, prises dans leur ensemble, montrent qu'il n'y a qu'une légère différence entre les deux côtés, 1 à 2° en plus pour le côté droit.

T.R. *au moment des accès.*

DATES	*Ronflement.*	15 min. *après l'accès.*	2 h. *après l'accès.*
1887. — Avril....	38°, 2	37°, 8	38° 2
Novemb.	38°, 8	37°, 8	37°, 2
1893. — Janvier..	37°, 4	37°, 5	38°, 2

	1887		1888		1889		1890		1891		1892		1893	
	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet.	Janv,	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet.	Janv.	Mars.
Poids....	25.000	25.810	26.000	27.400	29.200	30.500	30.700	31.900	32.000	37.000	38.000	38.500	39.000	41.100
Taille....	1.21	1.22	1.23	1.26	1 28	1.295	1.30	1.34	1.345	1.39	1.395	1.405	1.41	après décès

Mensurations de la tête.

	1887		1888		1889		1891		1892	
	Févr.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet
Circonférence horizontale maxima..			51	51	51.5	51.5	52	51.5		52
Demi-circonférence bi-auriculaire..	36		35	35	36	36	36.5	36		36
Distance de l'articulat. occipito-altoïd. à la racine du nez..........	35		34	34	37	37	36 5	36.5		37
Diamètre antéro-postérieur maximun	17.5		16.8	17.7	17	17.4	17.5	17.6		18.4
— bi-auriculaire...........			10.6	11.3	11.5	11.5	12.5	13		12.2
— bi-pariétal..............			14.2	14.3	41.8	14.5	14.4	14.5		14.5
— bi-temporal............	14.2									
Hauteur médiane du front..........							5.3	6		

AUTOPSIE faite le 5 mars, 29 h. après la mort. — *Tête*. Le *crâne* est épaissi, principalement au niveau des frontaux et du centre des occipitaux et plus à droite qu'à gauche Les os sont denses, lourds ; leur épaisseur varie de deux à cinq millimètres. Le frontal gauche avance et la bosse occipitale gauche est plus saillante et plus grosse que la droite. Les sutures coronale, interpariétale et lambdoïde sont très finement dentelées ; la suture interpariétale se termine par une demi-douzaine de tout petits *os wormiens*. Sur les deux branches de la suture lambdoïde existent de petits os wormiens sur une étendue de 3 à 4 centimètres qui sont également très apparents à la face interne. Sur cette face les sutures sont représentées par des lignes légèrement déprimées. Il y a des plaques transparentes au niveau du bregma et des sutures métopiques et inter-pariétales.

Cuir chevelu bleuâtre avec quelques petites plaques lenticulaires violacées. — Les *os du crâne*, un peu plus épais dans la moitié droite que dans la gauche ; sont un peu congestionné et, même après être lavés, restent à peu près uniformément violacés. Les diverses fosses de la base sont symétriques. Le trou occipital n'est pas rétréci. — *Dure-mère* couverte de sang, distendue fortement par le cerveau ; ses sinus sont gorgés de sang rouge. — *Pie-mère* congestionnée. Sur la base et la face convexe, larges plaques ecchymotiques. A la face interne des lobes frontaux la pie-mère est adhérente. Les bords de la scissure de Sylvius sont accolés.

Poids total de l'encéphale	1.240 gr.
Hémisphère cérébral droit	525 —
— — gauche	550 —
Poids du cerveau	1.075 —
Hémisphère cérébelleux droit	70 —
— — gauche	70 —
Bulbe et protubérance	25 —
Liquide céphalo-rachidien,	quantité norm.
Mœlle épinière	35 —

Hémisphère cérébral gauche. — La *pie-mère*, assez épaisse, s'est enlevée facilement sur toute la face convexe sans entraîner de substance cérébrale. Il en a été de même sur la face interne, sauf au niveau de F^1 et de la circonvolution du corps calleux. Sur les deux faces, principalement l'interne, la pie-mère est accolée au niveau d'un certain nombre de sillons. Tous les sillons sont assez profonds. Coloration chair de saumon de la moitié antérieure du lobe frontal, des deux tiers

antérieurs du lobe temporal. Sur la face supérieure du 4e ventricule existe une coloration rouge brique occupant presque toute la paroi ventriculaire. Sur la coupe faite pour séparer la protubérance du cerveau, on trouve une zône rouge de congestion très intense, circoncrivant toute la partie bulbaire de la coupe. Cette zone a au moins 3 mm. d'épaisseur.

Hémisphère cérébral droit. — Adhérences disséminées sur toute la face convexe; ou entraine la substance grise par petits îlots ; le maximum des lésions siège sur le lobe frontal, le pied de la frontale et de la pariétale ascendantes. Il n'y a que très peu d'adhérences sur la face interne. Coloration chair de saumon très prononcée sur les mêmes régions qu'à gauche.

Corne d'Ammon, ventricule latéral, masses centrales, rien de particulier.

Cou. — *Corps thyroïde* (10 gr.); les deux lobes sont réguliers. — *Thymus* (35 gr.) s'étendant depuis la partie inférieure des lobes latéraux du corps thyroïde jusqu'à la moitié inférieure du péricarde.

Thorax. — La peau de la paroi antérieure du thorax surtout à gauche a une coloration d'un rouge violacé très prononcé. L'incision médiane ordinaire étant faite, la dissection des muscles montre qu'ils sont gonflés et le siège, à gauche, d'une abondante infiltration sanguine. — Les *poumons* (450 gr. le droit, 400 gr. le gauche) sont congestionnés dans toute leur hauteur. Toute la muqueuse de l'arbre aérien est hyperémiée. — *Cœur* (210 gr.), normal ; trou de Botal oblitéré. Pas de taches ecchymotiques sur la plèvre et le péricarde.

Abdomen. — Rien de particulier dans le *tube digestif.* — *Foie* (1320 gr.), *vésicule biliaire, rate* (130 gr.), *pancréas* (50 gr.), *capsules surréndales,* sains. — *Rein droit* (78 gr.), *rein gauche* (80 gr.), congestionnés ; *vessie,* rien.

Cette observation offre un grand intérêt à différents points de vue ; nous y reviendrons plus loin. Pour le moment, nous nous bornerons à faire remarquer que le traitement, si brutalement interrompu, n'a duré que 17 jours.

OBS. II. — ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE. SCLÉROSE ATROPHIQUE. ACCIDENTS PROCURSIFS.

Mort... (Henri), né à Hangest (Somme) le 1er octobre 1880, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 19 avril 1890.

Traitement du 13 février au 26 mars :

Du 13 février au 16, 1 injection avec la solution dite faible.

Du 16 au 19, 2 injections avec le même liquide.

Du 20 au 27, 1 injection avec la solution dite forte.

Du 27 février au 1er mars, 2 injections avec la solution dite forte.

Du 1er au 25 mars, 8 injections semblables.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	En 1890, du 19 avril au 31 décembre, 176 accès et 6 vertiges.
Février........	»	»	8	»	5	»	20	3	En 1891 : 183 accès, et 10 vertiges.
Mars	»	»	8	»	8	»	10	2	En 1892 : 152 accès, et 4 vertiges.
Avril..........	7	2	12	»	14	»	13	»	

Durée du traitement : 41 jours Augmentation notable des accès. — Aucun changement au point de vue intellectuel.

OBS. III. — ÉPILEPSIE IDIOPATHIQUE.

Ambl. (Etienne), né le 28 septembre 1876, à Choisy-le-Roi, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 3 mars 1886. — Même traitement, et même durée.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 3 mars 1886 au 31 décembre, 44 ac.
									1887 : 24 ac. 10 ver-
									1888 : 42 — 7 —
Février........	1	»	5	2	2	»	4	5	1889 : 35 — 51 —
									1890 : 27 — 2 —
Mars	2	»	1	»	4	»	43	»	1891 : 37 — 5 —
									1892 : 37 — » —
Avril	6	»	4	»	4	»	1	»	

3 *novembre.* — *Description d'un accès.* Amb... est sorti le 6 août 1893. Il vient nous voir aujourd'hui et dit que ses accès continuent, mais qu'il n'en aurait guère qu'un par mois (?). A ce moment il est pris d'un accès qui a offert les caractères suivants :

« Il pousse un *cri* d'effroi ; le tronc s'incline en avant, les bras se portent directement en avant et parallèlement ; puis tout en conservant cette attitude, le malade s'incline en arrière. On le soutient dans sa chute. Il se couche sur le côté gauche, le bras droit est étendu vers la cuisse correspondante ; le pouce est allongé sur les doigts repliés en dedans. Le bras gauche a conservé son attitude. Les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses. Tout le corps est *rigide*, sans différence entre les deux côtés. Puis surviennent des *secousses tétaniformes* dans les quatre membres, se prolongeant pendant environ une minute.

« On note ensuite des *mouvements cloniques* des quatre membres, égaux, durant 10 secondes. La face est cyanosée, décomposée. Alors, stertor, bave sans écume. Pas de morsure de la langue, ni d'évacuation involontaire. L'accès a duré au moins cinq minutes. On relève le malade, on l'assied et il demeure encore inconscient pendant 8 à 10 minutes. »

Au début du traitement, l'enfant tombait moins souvent ; mais étant allé en permission chez ses parents, il aurait eu chez eux 40 accès, à la suite desquels on a dû le ramener à Bicêtre.

Obs. IV. — Épilepsie; affaiblissement intellectuel.

Bourg... (Emile), né à Paris le 14 novembre 1878, est entré à Bicêtre le 12 août 1892. L'enfant a eu 4 accès en février et 2 en mars. Comme il a été admis en août 1892, il n'est pas possible d'établir une comparaison entre les mois correspondants de 1891.

Même état ; au point de vue des progrès intellectuels.

Obs. V. — Épilepsie ; trépanation.

Fring... (Henri), né à Paris le 8 juillet, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 18 novembre 1890.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1892		1893		
	A	V	A.	V.	A.	V.	Du 19 novembre au 31 décembre 1890 : 7 accès. 1891 : 92 accès. 1892 : 127 accès, 3 vertiges
Février........	4	»	13	»	**9**	»	
Mars...........	5	»	4	»	**12**	»	

En complète déchéance. Accès plus nombreux.

Obs. VI. — Épilepsie.

Thom.. (Benjamin), né à Paris le 17 août 1875, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 18 septembre 1890.

Même traitement.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 17 septembre au 31 décembre 1890, 28 accès. 1891 : 19 accès, 13 vertig. 1892 : 173 — 7 —
Février........	9	»	36	2	**7**	»	
Mars...........	5	»	15	»	**1**	»	

Il est tout à fait en déchéance au point de vue physique et intellectuel ; à l'école il est descendu d'une classe et cela bien que les accès aient notablement diminué.

Obs. VII. — Épilepsie partielle gauche.

Duf... (Joseph), né à Paris le 16 mars 1875, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 28 juillet 1884.

Même traitement et même durée.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 28 juillet au 3 désemb• 84 145 acc 1885 187 accès. 1886 29 accès. 1887 : 246 ac. 1 vert. 1888 : 208 — 1 — 1889 : 208 — 1 — 1890 : 148 — 7 — 1891 : 131 — 1 — 1892 : 103 — 1 —
Février........	4	»	3	»	10	»	11	»	
Mars...........	10	»	7	»	4	»	16	»	

Augmentation notable du nombre des accès. Hébétude plus prononcée. État de somnolence continuel. Déchéance progressive.

OBS. VIII. — ÉPILEPSIE.

Cail.. (Ernest), né à Paris le 13 juin 1877, est entré à Bicétre (service de M. BOURNEVILLE), le 30 septembre 1890.

Même traitement.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 30 septembre au 31 octobre 1890, 39 accès. En 1891 : 103 En 1892 : 130
Février........	1	»	6	»	13	»	
Mars	11	»	20	»	2	»	
Avril	1	»	8	»	12	»	

Les hallucinations ont disparu pendant la durée du traitement. Aucune amélioration au point de vue intellectuel et physique. Les accès, mo ns fréquents durant le traitement, ont augmenté dès le mois suivant.

OBS. IX. — ÉPILEPSIE IDIOPATHIQUE.

Dec.. (Léonard), né à Paris le 22 mai 1878, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 29 mai 1892.

Du 29 mai au 31 décembre 1892, il a eu 593 accès et 10 verti-

ges. En janvier, 3 accès, aucun en février, 10 en mars et 28 en avril.

Tendance assez prononcée vers la déchéance.

OBS. X. — ÉPILEPSIE IDIOPATHIQUE.

Basn... (Paul), né à Granville (Manche) le 1er juillet 1877, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 27 avril 1891. — Même traitement, même durée.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	
Février	»	»	11	6	Du 27 avril au 31 décembre 1891, on a compté 88 accès et 124 vertiges. En 1892 : 155 accès et 56 vertiges.
Mars	23	12	5	1	
Avril	6	22	8	2	

Poids avant le traitement 39.000
— à la fin du traitement 38.900
Diminution 100

Pas de changement sous le rapport physique et moral. La vue, qui était devenue très faible, a conservé son état ancien. Accès plus nombreux. *Diminution de poids.*

IIe SÉRIE : DIX ENFANTS.

Dix autres enfants ont été traités suivant la méthode Brown-Séquard pendant 65 jours, c'est-à-dire un peu plus de 2 mois, du 6 mars au 11 mai. Ils ont reçu dans chaque fesse alternativement de 1 à 5 injections. L'*extrait testiculaire* employé nous a été très-obligeamment fourni par MM. Égasse et Bouyé, qui préparent le médicament en grand, d'une façon ouverte

et consciencieuse, sur les indications de M. d'Arsonval.

Obs XI. — Épilepsie ; démence ; méningo-encéphalite ; Mort.

Sommaire. — *Père, rhumatisant, bronchite. — Grand'mère paternelle, hémiplégique. — Oncle paternel, mort d'un cancer de l'estomac. — Mère, nerveuse, accès de colère; fièvres intermittentes à 18 ans, migraines. — Grand-père maternel mort d'une hémorrhagie cérébrale. — Grand'mère maternelle, morte paralytique. — Arrière-grand-père maternel, mort subitement à 87 ans. — Oncle maternel, convulsions jusqu'à 11 ans. — Sœur morte de rougeole avec complication cérébrale. — Pas de consanguinité.*

Violent chagrin au 4e mois de la grossesse; — nouvelle émotion au 6e mois. — Premières convulsions le lendemain de la naissance. — Retour des convulsions à 2 mois, puis tous les mois. — A 8 mois convulsions pendant 10 heures. — Vers 6 ans, crises convulsives fréquentes. — Prédominance des convulsions à gauche. Otite en 1887. — Accès sériels. — Angine légère en 1889. — Plaie du front dans un accès en 1891. — Idées mystiques. — Déchéance progressive. — Traitement : Elixir polybromuré, douches, injections de suc testiculaire — Affaiblissement progressif. Mort.

Autopsie : *Lésions disséminées de méningo-encéphalite.*

Far.. (Jules, Fernand), né à Paris, le 13 février 1877, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 20 mars 1886.

Renseignements fournis par sa mère. — *Père*, 60 ans bien portant ; pas d'excès alcooliques, pas d'épilepsie ; aucune maladie nerveuse. — [*Père* mort à 57 ans, d'une affection pulmonaire ; pas d'accidents nerveux. — *Mère* morte à 83 ans ; elle avait eu, à 60 ans, une *attaque d'hémiplégie*. — *Grand' mère maternelle, morte centenaire.* — *Tante paternelle morte d'un cancer de l'estomac.* — Il n'y a pas de trace d'accidents nerveux dans le reste de la famille.

Mère, 45 ans, nerveuse, facile à irriter, colères violentes, cependant ni accès, ni attaques, mais, à 18 ans, elle a eu des *fièvres intermittentes*. *Migraines* intenses et fréquentes, à l'occasion d'une émotion vive ou d'une mauvaise digestion, accompagnées de douleursoculaires et de phosphènes. [*Père* d'un caractère calme, mort à 53 ans, d'*hémorragie cérébrale*. — *Mère* morte à 66 ans, d'une *paralysie* probable-

ment due à un ramolissement cérébral. —. Un *frère*, aujourd'hui en bonne santé, a eu des *convulsions* graves jusqu'à 11 ans. — Pas d'accidents nerveux dans le reste de la famille]. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 15 ans.

Neuf *enfants* dont quatre bien portants, l'un mort en naissant, une fille morte de cholérine à 13 mois, une autre morte de rougeole à 3 ans, avec *complications cérébrales*; une autre morte de bronchite à 6 semaines. Sauf la rubéolique, les autres n'ont pas eu de convulsions ni d'accidents nerveux.

Notre malade est le 7me enfant. Émotion très-vive au 4e mois de la *grossesse* causée par la mort de sa petite fille due à la rougeole. Elle en a ressenti un violent chagrin et pendant deux mois elle était « comme folle » ne sachant ce qu'elle faisait. Au 6e mois, nouvelle émotion occasionnée par la vue d'un voisin qui était à l'agonie. — *Accouchement* facile, à terme. — *A la naissance*, circulaire autour du cou, mais pas de cyanose ni de gêne respiratoire. Le lendemain de la naissance, *premières convulsions*. A deux mois, *nouvelles convulsions*. A partir de là les *convulsions* ont réapparu tous les mois. A huit mois, *état de mal convulsif* qui a duré de 8 heures du matin à 6 heures du soir.

Élevé au sein, sevré à 17 mois, il a marché à 11 mois, a parlé et été propre de très bonne heure (?). — A 7 ans, les crises jusque là très fréquentes et violentes, sont devenues plus rares et moins intenses. L'enfant les sentait venir; il appelait sa mère : pas de cri, perte de connaissance, bouche tournée, yeux fixes; écume, convulsions des membres surtout à gauche; pas de morsure de la langue. Durée de l'accès : 2 à 7 minutes. Il s'endormait ensuite pendant quelques minutes.

État actuel (1er avril 1886.) — *Tête* petite, *crâne* rond ; région occipitale un peu aplatie à gauche; bosse occipitale peu saillante ; bosses pariétales, et frontales peu développées. — *Face* ovale, symétrique. Front étroit, peu élevé. — *Nez* court, gros, narines larges et dilatées. Joues pleines. — *Oreilles* normales, bien ourlées, lobule adhérent. — Lèvre inférieure grosse, partagée en deux par une fissure peu profonde sur la ligne médiane. — Voûte palatine profonde.

Menton peu développé. Notons cependant que les mensurations des membres inférieurs indiquent une légère différence au détriment du membre inférieur gauche.

Membres, thorax, abdomen, bassin, bien conformés.

Organes génitaux. Testicules égaux, gros comme un haricot. Prépuce long, gland découvrable, méat normal. Verge, longueur, 60 millimètres ; circonférence, 55 millimètres.

Sensibilité générale. Diminution générale, appréciable surtout à gauche. *Sensibilité spéciale :* Myopie légère. Perception olfactive assez longue; il en est de même pour le goût. — L'acuité auditive est plus faible à gauche. Parole libre, lecture courante sans expression ; mémoire peu développée. L'enfant commence la multiplication. Il connaît les jours, les mois, les couleurs et les objets usuels. Caractère querelleur.

Traitement. Depuis l'entrée jusqu'en 1892 : Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer ; — Hydrothérapie ; élixir polybromuré ; gymnastique.

5 *avril.* — Revacciné sans succès.

Juillet. — *Pubcrté* : tout le corps est glabre. Aucun changement appréciable. Pas d'onanisme.

Décembre. — Far.. a eu une série d'accès dans laquelle la T. R. est montée à 39°.

1887. *Janvier.* — Écoulement jaunâtre par l'oreile gauche, guéri en quelques jours. — En *mars* et en *avril*, angine érythémateuse.

Juin. — Far... fait de petites divisions, des dictées de mots usuels, parle correctement, est docile, courageux, mais remuant et importun par ses familiarités. Il travaille bien à la gymnastique. L'écriture est bonne (3e division de l'école).

1888. *Janvier.* — *Puberté* ; aucune modification sensible.

25 *janvier.* — Embarras gastrique.

29 *mars.* — Légère bronchite et angine bénigne.

Juin. — Série d'accès portant sur 3 jours. — Même état de la *puberté.* — Déchéance ; la lecture est plus hésitante, il lit machinalement sans comprendre ; ne fait plus que des additions et de petites soustractions, tandis qu'il faisait des divisions. La mémoire diminue. F.., devient lourd, sombre et de plus en plus inhabile à la gymnastique. Les accès étant toujours fréquents et suivis d'hébétude, il perd chaque jour et est de moins en moins apte à tout travail.

1889. *Février, Mai* et *Juin.* Angine érythémateuse.

Juillet. — *Puberté:* Testicules égaux, de la dimension d'une petite olive. Verge, longueur, 52 miliimètres ; circonfé rence, 60 millimètres.

1890. *Janvier.* — Série d'accès, 16 en 2 jours.

Puberté : pas de changement notable.

Décembre. — Voix pleurarde, raisonnement faible, diminution de la mémoire, F... a oublié ce qu'il avait appris en histoire et en géographie, lenteur de plus en plus grande. On le fait descendre à la 3me division de l'école.

1891. *Mars.* — *Puberté.* On note que le testicule gauche est plus gros que le droit et que l'enfant se livre à l'onanisme depuis quelque temps.

Juillet. — Est parfois violent et devient indocile et querelleur. — La déchéance continue. F., est de plus en plus paresseux. L'attention est plus difficile à fixer. Il n'est plus propre dans son habillement comme autrefois. A la gymnastique et à l'atelier, il perd progressivement ce qu'il avait appris.

1892. *Juin.* — Léger tremblement de la parole qui est trainante. Tenue de plus en plus débraillée, somnolence, démarche lente; son caractère est de plus en plus enfantin. Il a désappris ce qu'il savait en leçons de choses. Bien que la mémoire ait diminué, il connait encore les détails de la date du jour; mais il a oublié la date de son entrée et celle de sa naissance. Depuis quelque temps il a des idées mystiques : « Le bon Dieu, dit-il, a ouvert mon corps du côté droit; et il habite mon corps, parce que je dis bien ma prière. »

1893. *Janvier.* — La déchéance continue. F..., mange malproprement, avale les débris qu'il trouve dans les dépôts d'ordure; il rit niaisement, sans motif, frappe des mains sur la table, frotte le parquet avec ses pieds. Il est très long à reprendre connaissance après ses crises. Il prétend toujours que le bon Dieu habite dans son corps.

1893. 6 *mars.* — Traitement par la méthode de Brown-Séquard : du 6 au 9, une injection d'une seringue de Pravaz contenant 50 centimètres cubes d'eau stérilisée ; — du 9 au 14, 2 injections ou 2 seringues semblablement remplies ; — du 14 mars au 19 avril, 3 injections ; — du 19 avril au 1er mai, 4 injections ; — du 1er au 2 mai, 5 injections.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		Du 25 mars au 31 décembre 1886 : 190 accès et 65 vertiges. 1887 : 381 ac. 18 ver. 1888 : 359 — 13 — 1889 : 359 — 13 — 1890 : 258 — »» — 1891 : 173 — 1 — 1892 ; 202 — 19 — 1893 jusqu'au 6 mai : 94 accès, 8 vertig.
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	
Mars............	32	»	»	»	4	»	**24**	»	
Avril	19	»	25	»	30	»	**40**	3	

Poids avant le traitement.............	46 kilogr.
— après décès....................	46 kilogr. 300
Augmentation........................	0 kilogr. 300

L'enfant a baissé considérablement. Les accès ont augmenté. La déchéance intellectuelle s'est encore accentuée. L'enfant ne peut plus se livrer à aucun exercice ; il n'a plus connaissance de lui-même, ne mange plus seul. Il reste immobile devant son assiette, bave dedans et, le plus souvent, il faut le faire manger.

5 *mai.* — Affaissement physique. T.R. 37°,6. Rien à l'auscultation.

6 *mai.* — T. R. 39°. Quelques râles au sommet gauche. Légère dyspnée. Ventouses sèches.

7 *mai.* — Dyspnée, plaintes. — Mort en 25 minutes comme asphyxié. Causes de la mort : *congestion pulmonaire.*

	1886		1887		1888		1889	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids...............	25.600	27.760	26.400	27.800	29.800	31.700	32.700	33.
Taille..............	1.195	1.20	1.24	1.255	1.275	1.28	1.295	1.305
	1890		1891		1892		1893	
Poids...............	34.500	35.800	37.	38.100	39.900	43.500	45.	46.
Taille	1.345	1.35	1.365	1.365	1.39	1.43	1.45	1.46

Mois.	1886		1887		1883		1889		1890		1891		1892		1893	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	»	»	3	»	37	1	3	»	18	»	13	»	14	»	9	2
Février	4	»	12	»	11	»	14	»	15	»	6	»	20	»	8	»
Mars	1	»	46	»	36	7	7	»	32	»	»	»	4	»	24	3
Avril	10	42	15	»	27	»	67	1	19	»	25	»	30	»	40	3
Mai	44	21	51	7	21	4	17	»	31	»	1	»	20	»	13	—
Juin	26	1	6	»	67	»	19	»	37	»	7	»	20	»	—	—
Juillet	5	»	44	1	8	»	38	»	34	»	10	»	55	12	—	—
Août	22	»	64	»	35	»	51	»	14	»	21	»	32	»	—	—
Septembre	11	1	3	5	39	»	19	»	25	»	16	»	12	»	—	—
Octobre	7	»	18	2	16	1	22	»	6	»	30	»	5	»	—	—
Novembre	53	»	96	2	17	»	59	»	15	»	22	»	34	5	—	—
Décembre	11	»	23	1	15	»	33	»	12	»	22	1	36	2	—	—
Total	194	65	381	18	329	13	349	1	258	»	173	1	282	19	94	8

	Corps	Chambre.
T. R. aussitôt après la mort	39° 3	
1/4 d'heure après	38°	
1 heure après	37° 2	
5 — —	36°	
3 — —	35°	
6 — —	30°	18°
9 — —	25°	10°
12 — —	25°	10°
15 — —	18°	10°
18 — —	18°	18°

Dimensions de la tête.

	1887	1888	1892
Circonférence horizontale maxima	51	51.5	51.5
Demi-circonférence bi-auriculaire	34	34.1	34.1
Distance de l'articulation occipito-altoïd à la racine du nez	36	36	36.2
Diamètre antero-postérieur maximum	17	17.2	18
— bi-auriculaire	12	12.1	12.5
— bi-pariétal	14.4	14.5	15

AUTOPSIE faite 10 heures après la mort. — *Tête.* Le *cuir chevelu* est moyennement épais. — Le *crâne,* fortement injecté, offre une épaisseur de 0,003 à 0,006. La bosse frontale gauche est légèrement déprimée et la bosse occipitale droite, très notablement aplatie. Il existe de nombreuses plaques transparentes répondant à la fontanelle antérieure, se prolongeant de chaque côté le long de la suture coronale et sur tout le trajet de la suture métopique, en s'élargissant de plus en plus vers le front. Bien que le crâne ait macéré longtemps, ait été mis dans l'eau bouillante et placé plusieurs fois dans de l'eau de chaux, il est resté très gras. Sauf au niveau des plaques transparentes, partout sur la face externe et principalement sur la face interne, il existe des arborisations très fines qui persistent. A l'extérieur toutes les sutures sont très dentelées et sans traces de synostose. A la face interne, la suture interpariétale dans ses $^2/_3$ postérieurs et la suture lambdoïde sont à peu près soudées dans toute leur étendue, même en avant. — *Sinus* latéraux de la *dure-mère* gorgés de sang fluide. — *Trou occipital* non rétréci. — Les diverses parties de la base du cerveau sont symétriques. — *Corps pituitaire* petit, en partie ramolli. — *Pie-mère* assez fortement vascularisée

sur toute son étendue, principalement au niveau des lobes frontaux et des lobes temporaux. — La *pie-mère* du bulbe et de la protubérance est assez fortement congestionnée et épaissie.

Hémisphère cérébral droit. — *Face convexe.* Quelques petites adhérences rares sur la moitié antérieure du lobe frontal, assez nombreuses sur la moitié postérieure de ce lobe et sur les frontale et pariétale ascendantes. A partir de là jusqu'à la pointe du lobe occipital les adhérences sont généralisées et ont entrainé en maints endroits presque toute la substance grise des circonvolutions ; quelques-uns des sillons pourtant, mais en petit nombre, sont indemnes d'adhérences. Le lobe de l'insula qui a 4 digitations et toute la bordure de la scissure de Sylvius n'offrent aucune lésion.

Face interne. Nombreuses adhérences sur la moitié antérieure de la circonvolution frontale et la circonvolution du corps calleux ; assez nombreuses sur le lobe carré, moins nombreuses sur le lobe occipital. *Ventricule latéral* non dilaté. — *Couche optique* et *corps strié* sains. D'une façon générale les circonvolutions sont assez grêles, les sillons sont moyennement profonds.

Hémisphère cérébral gauche. — *Face convexe.* Nombreuses adhérences disséminées sur les circonvolutions frontales. sur les deux plis pariétaux, sur le pli courbe, sur les temporales, principalement dans leur moitié postérieure. Il n'y a presque rien sur le lobe occipital, quelques petites adhérences sur la 1re temporale et sur le lobule de l'insula.

Face interne. Nombreuses adhérences sur la circonvolution de l'hippocampe ; quelques-unes sur la circonvolution droite (gyrus rectus). Comme on le voit les adhérences sont bien moins prononcées sur l'hémisphère gauche que sur le droit, dans la proportion d'au moins un tiers pour la face convexe et deux tiers pour la face interne. — *Ventricule latéral, couche optique* et *corps strié* rien. — Même aspect des circonvolutions et des sillons que sur l'autre hémisphère.

Cou. — Le lobe gauche du *corps thyroïde* est tout à fait réduit, 0,007 sur 0,003 (poids 20 gr.). Pas de trace de *thymus.*

Thorax. — Adhérences de la plèvre gauche, surtout de la base du poumon avec le diaphragme et avec toute la surface du péricarde. Ce poumon est très-congestionné ; pas de trace de broncho-pneumonie ni de pneumonie (300 gr.).—*Poumon droit*, même état ; au sommet il est noir, le reste est rouge. (280 gr.). —Rien de particulier au *péricarde*. Le *cœur* est petit ; pas de persistance du trou de Botal ; étroitesse de l'orifice de l'aorte (130 gr.).

Abdomen. Estomac normal. — *Intestin* coloré au niveau du foie par de la bile ; pas d'ulcération. — *Foie*, (870 gr.), *rate*, (120 gr.), *pancréas*, (45 gr.), *rein droit*, (130 gr), *rein gauche*, (150 gr.), chacune des capsules surénales pèse 5 grammes, *vessie*, rien ; pas de calculs biliaires ou urinaires.

Obs. XII. — Épilepsie.

Lecon. (Auguste), né à Levallois-Perret, le 18 juillet 1879, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 5 juillet 1889.

Même traitement, même durée.

Poids avant le traitement	47.950
— après le traitement....................	48.500
Augmentation de...........................	600

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		
	A.		A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 5 juilet au 31 décembre 1889 : 28 accès. En 1880 ; 51 accès. En 1891 : 49 — En 1892 : 62 —
Mars	»	»	»	»	20	»	1	»	
Avril	»	»	4	»	6	»	5	»	
Mai............	»	»	1	»	»	»	5	»	
Juin	10	»	»	»	»	»	1	»	

La situation mentale est la même ; Lec... ne fait pas de progrès intellectuels et cependant les accès ont considérablement diminué.

Obs. XIII. — Épilepsie symptomatique.

Mat... (Georges) né à Paris le 21 juillet 1875, est en-

tré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 27 mars 1885.

Même traitement du 6 mars au 11 mai 1893.

Poids avant le traitement.................... 54.750
— après le traitement.................... 55.200
Augmentation de........................... 450

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 29 mars au 31 déc. 1885, 5 accès. 1886 : 28 ac. 6 ver. 1887 : 54 — 3 — 1888 : 100 — 8 — 1889 : 101 — » 1890 : 75 — 3 — 1891 : 70 — » 1892 : 58 — 4 —
Mars..........	10	»	6	»	4	»	9	1	
Avril..........	6	2	5	»	1	»	12	5	
Mai............	4	1	4	»	8	»	4	2	
Juin...........	4	»	6	»	1	»	8	»	

La déchéance, loin de diminuer, a augmenté : Mat.. lit et écrit de plus mal. Accès beaucoup plus fréquents.

OBS. XIV. — ÉPILEPSIE.

Schœf... (Joseph), né à St-Denis le 21 décembre 1875, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 29 décembre 1887.

Même traitement du 6 mars au 11 mai.

Poids avant le traitement.................. 54.kilog.
— après le traitement.................. 55.kilog.
Augmentation de .... 1.kilog.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893	
	A	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Mars............	12	»	6	»	4	»	5	»
Avril	7	»	3	»	3	»	8	2
Mai.............	1	3	5	»	6	»	5	3
Juin	6	»	9	»	5	»	10	»

Les facultés intellectuelles continuent à diminuer; le malade devient de plus en plus apathique : les accès ont augmenté et il est survenu des *vertiges*.

OBS. XV. — ÉPILEPSIE.

Lecer.. (Charles), né à Fontainebleau le 24 septembre 1875, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 19 juillet 1890.

Même traitement du 6 mars au 11 mai.

Poids avant le traitement	57.500
— après le traitement....................	57.
Diminution de...............................	0.500

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 19 juillet au 31 décembre 1890 : 150 accès.
Mars............	9	»	4	»	10	1	En 1891 : 99 accès et un vertige.
Avril	11	»	6	»	11	1	En 1892 : 119 accès et 19 vertiges.
Mai.............	10	»	8	3	11	3	
Juin	7	»	7	»	7	»	

La déchéance s'accentue; il suit avec peine les exercices de sa division à l'école. Accès et vertiges plus nombreux.

OBS. XVI. — ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE.

Lolli.. (Georges), né à Paris le 18 juin 1877, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 13 février 1892.

Même traitement du 6 mars au 11 mai.

Poids avant le traitement....................	61 kilog.
— après le traitement..................	62 kilog. 250
Augmentation de.........................	1. 250

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	
Mars...........	9	»	3	1	En 1892, 67 accès et 7 vertiges.
Avril...........	5	1	5	1	
Mai............	11	»	5	»	
Juin............	3	»	3	»	

Si les accès ont légèrement diminué, l'état mental s'est aggravé et les vertiges persistent.

OBS. XVII. — ÉPILEPSIE.

Merlanc... (Victor), né à Paris le 2 août 1875, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 27 juin 1891.

Même traitement du 6 mars au 11 mai,

Poids avant le traitement .... 57. Kgr.
— après le traitement 55. Kgr.100
Diminution de............................. 1. Kgr.900

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	
Mars......8....	21	»	19	»	Du 27 juin au 31 décembre 1891 : 111 accès. 1892 : 180 accès et 8 vertiges.
Avril..........	21	»	20	1	
Mai............	15	»	15	»	
Juin	10	1	17	»	

Ce malade n'a retiré aucun bénéfice du traitement, il a baissé et est incapable de retrouver sa place et à l'école et au réfectoire.

OBS. XVIII. — ÉPILEPSIE.

Hél... (Georges), né à Paris, le 17 janvier 1865, **est entré à** Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 24 décembre 1891.

Même traitement du 3 mars au 11 mai.

Poids avant le traitement	62.750
— après le traitement.....................	63.500
Augmentation de............................	0.650

Tableau des accès et des vertiges

MOIS.	1892		1803		
	A.	V.	A.	V.	
Mars	3	»	**3**	**1**	Du 24 eeptembre au 31 décembre 1891 : 20 accès et 2 vertiges. 1892 : 39 accès et 10 vertiges.
Auril..........	2	1	**5**	**1**	
Mai............	4	3	**5**	**4**	
Juin...........	4	2	7	»	

Augmentation des accès et des vertiges. L'intelligence tend à baisser ; le raisonnement est moins sain et la physionomie moins ouverte.

OBS. XIX. — ÉPILEPSIE.

Lanv... (Louis), né à Paris le 2 janvier 1876, **est entré à** Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 10 novembre 1890.

Même traitement du 6 mars au 11 mai.

Pas de modification du poids (51 kilogr. avaut et après.)

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1891		1892		1893		
	A.	A.	A,	V.	A.	V.	
Mars...........	22	»	11	»	**10**	**1**	Du 10 novembre au 31 déc. 1890, 64 accès 1891 : 221 accès. 3 vertiges. 1893 : 160 — 2 —
Avril..........	22	»	11	»	**36**	»	
Mai............	13	»	14	»	**10**	»	
Juin	5	1	23	»	10	3	

L'intelligence s'est affaiblie. L'expression de la physionomie est moins bonne. Les accès ont été plus nombreux.

OBS. XX. — ÉPILEPSIE.

Rous... (Jules), né à Paris le 20 novembre 1878, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 12 mars 1888.

Même traitement du 6 mars au 11 mai.

Poids avant le traitement	51.600
— après le traitement	53.500
Augmentation de	1.900

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 12 mars 1888 au 31 octobre : 42 accès 18 vertiges. Eu 1889 : 192 accès 5 vertiges. En 1890 : 173 accès 8 vertiges. En 1891 : 115 accès 11 vertiges. En 1892 : 132 accès 2 vertiges.
Mars	10	»	11	»	12	»	4	»	
Avril	14	2	5	1	12	»	4	1	
Mai	18	»	7	»	9	2	6	»	
Juin	12	1	11	»	10	»	8	»	

Diminution des accès, mais la tendance vers la démence est de plus en plus prononcée.

III[e] SÉRIE : DIX ENFANTS.

Enfin une nouvelle série de dix enfants, constitue notre 3[e] et dernière expérimentation thérapeutique de la méthode de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval. Le liquide a été cette fois préparé par l'un de nous à Bicêtre, d'après les indications personnelles données obligeamment par M. d'Arsonval et les exercices pratiques faits sous sa direction dans son laboratoire. Nous avons employé non plus le testicule de taureau, mais celui du bélier. Le traitement a été de *deux mois*

(2 mai 1er juillet). Les injections ont été pratiquées dans chaque fesse comme chez les précédents malades.

OBS. XXI. — ÉPILEPSIE ; DÉMENCE ; MORT DANS UN ACCÈS ASPHYXIÉ PAR UN CORPS ÉTRANGER DE LA TRACHÉE.

SOMMAIRE. — *Père, syphilis à 19 ans. Mère, migraineuse aliénation mentale en 1888 ; excès de boissons postérieurs à la naissance de l'enfant. Tante maternelle, danse de Saint-Guy. — Consanguinité au 4e degré. Inégalité d'âge. — Début des accès épileptiques à 10 ans. — Onanisme. — Mort.*

AUTOPSIE : *Lésions de méningo-encéphalite.*

Gassm. (Edouard), né à Paris, le 6 octobre 1876, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 19 février 1892.

Renseignements fournis par le père, le 26 février 1892. — *Père*, 52 ans, ajusteur ; pas de convulsions ; ni fièvre typhoïde, ni chorée, ni migraines, ni maladies de peau. Syphilis à 19 ans, sans accidents secondaires après 2 mois de traitement, sobre et calme. [*Père*, non nerveux, jamais malade, mort à 57 ans d'une pneumonie. — *Mère*, pas d'accidents nerveux, morte à 74 ans. Renseignements insuffisants sur le reste de la famille.

Mère, 42 ans, ménagère. On ne sait si elle a eu des convulsions dans l'enfance. Ni chorée, ni rhumatisme, ni dartres. Caractère doux mais entêté. Il y a 4 ans, elle a commencé à se livrer à la boisson (vin et eau-de-vie) Actuellement, surveillée par son mari, elle ne prend que du café et du thé. Elle a eu des céphalalgies, accompagnées de vomissements, avec hallucinations et phosphènes. Caractère doux et calme, mais entêté ; pas de fièvre typhoïde. En 1888, la mort de sa mère jointe aux excès alcooliques, a provoqué un accès d'aliénation mentale. Elle se versait de l'eau sur la tête, mangeait des poignées de sel, etc. Elle fut internée à Ville-Evrard pendant 6 mois et, actuellement, quoique libre, elle est toujours folle. [*Père*, mort d'une fluxion de poitrine à 52 ans. — *Mère*, morte d'une maladie du foie à 67 ans. — Pas d'autres manifestations nerveuses dans le reste de la famille.]

Consanguinité au 4e degrè. Différence d'âge de 11 ans.

Un seul *enfant* : notre malade.

Notre malade. Rien de particulier à la *conception*. — *Grossesse* normale. — *Accouchement* à terme, naturel, sans anesthésie. — *A la naissance*, enfant bien portant; pas de circulaire autour du cou,pas d'asphyxie. Allaitement au sein maternel ; biberon à 6 mois. Marche à un an. Pas de renseignements sur la dentition. — Il n'aurait jamais eu de convulsions. A 2 ans, angines fréquentes, coqueluche à 3 ans. Rougeole à 7 ans, varioloïde à 8 ans. Aucune manifestation scrofuleuse.

C'est à 10 ans qu'a débuté l'*épilepsie* par de petites crises 2 ou 3 fois par jour ; ensuite il restait quelquefois tranquille pendant quinze jours. L'enfant s'affaissait en avant, perdait connaissance, faisait « quelques gestes » et revenait à lui. Puis, les accès sont devenus plus forts, avec grimaces, écume, bave, convulsions cloniques, sans prédominance d'un côté. Après ses accès, sommeil de 2 heures environ, en ronflant, sans congestion du visage. Le père prétend qu'après ces accès, il restait inconscient pendant quelquesjours. Il dit aussi que l'enfant était averti, qu'il sentait quelque chose lui monter de l'estomac à la tête. Dans ces derniers temps, il lui arrivait d'uriner sous lui dans ses crises. Dans l'une d'elles, il serait « tombé d'un second étage sans se faire de mal. »

Caractère gai, sentiments affectueux. On aurait constaté l'*onanisme,* mais on ne peut préciser davantage. — Il apprenait assez bien tant qu'il a été envoyé à l'école.

État actuel. — Visage pâle. Physionomie légèrement égarée, inintelligente.

Tête. — Crâne ovoïde, légère asymétrie consistant en un aplatissement de la région pariétale droite. Face ovalaire très nettement asymétrique pendant le sourire. — Arcades sourcillières peu saillantes. — Cils et sourcils assez épais, bien implantés. *Yeux* grands, léger *strabisme* interne de l'œil droit. — Pommettes peu proéminentes, symétriques. — Nez régulier. — Bouche grande. — Voûte palatine normale. — Lèvre supérieure volumineuse, épaisse, recouverte d'un léger duvet. — *Menton* large avec fossette médiane. — *Oreilles* régulières, bien ourlées ; lobule assez développé, non adhérent.

Cou, thorax, bassin, membres, bien développés. — *Sensibilité* générale et spéciale : normales.

Lecture courante, mais il coupe les phrases en plusieurs parties sans tenir compte de la ponctuation. — Gas.. fait d'assez bonnes dictées ; ses rédactions sont médiocres ; il y parle de tout ce qui lui passe par la tête ; il sait les quatre opérations et quelques petits problèmes. La mémoire est assez bonne ; le jugement un peu faux, le caractère sournois ; il ne joue jamais, s'isole dans un coin de la cour. Il est violent, ne souffre rien de ses camarades, les frappe n'importe où à coups de pieds ou de poings. Si, en récréation, il a reçu des coups d'un de ses camarades, en classe il se lève et hypocritement va lui donner des coups si l'on n'arrive assez tôt pour s'y opposer. Sa tenue est mauvaise, il mange gloutonnement.

Décembre. — Il est en déchéance, ne fait presque plus rien en classe. Il se fait des plaies à la figure, aux mains et aime à les faire saigner. Il parle souvent seul, se met en colère sans motif et veut alors qu'on le mette aux cellules. On l'a surpris se touchant. Il vole des cahiers, des crayons, des plumes et nie, quoique pris sur le fait.

1893. *janvier*. — A cause de son excitation on est parfois obligé de le mettre en cellule.

Puberté. — Léger duvet au visage. Aisselles garnies de poils disséminés, pénil garni de poils longs abondants. Verge : phimosis, longueur 95 millimètres, circonférence 80. Testicules égaux de la dimensions d'un œuf de poule.

30 *mars*. — Gass.,. a de fréquentes périodes d'agitation ; ses idées sont de plus en plus confuses et ses conversations de plus en plus diffuses il se figure guéri et veut partir chez lui. Les yeux sont hagards.

14 *juin*. — Hier soir l'enfant s'est couché ne présentant rien d'anormal. Il a dormi tranquillement jusqu'à minuit. A ce moment il a été pris d'un accès dans lequel il a succombé. Le corps a été porté à l'infirmerie ; la température prise aussitôt était de 38 degrés. Ce matin nous le trouvons dans l'état suivant : la rigidité est très prononcée et également de chaque côté ; les mâchoires sont contracturées et la langue, arcboutée sur les dents, est gonflée et semble remplir la bouche. Lorsqu'on essaie d'écarter les mâchoires, on voit sourdre des narines une mousse épaisse, ce qui semble indiquer que l'air ne pouvait que difficilement pénétrer par ses voies naturelles.

Température après la mort.

	Corps.	Chambre.
T. R. aussitôt après la mort	38° »	
— une h. — —	37° »	
— deux h. — —	36° »	
— cinq h. — —	18° »	22°
— huit h. — —	16°, 5	21°
— onze h. — —	16°, 5	21°
— quatorze h. —	16° »	20°
— dix-sept h. —	16° »	11°

Le traitement n'a duré que 42 jours.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	Du 19 février au 31 décembre 1892 : 19 accès, 3 vertiges. 1892 : janvier, 8 accès; fév., 13; mars, 9; avril, 20.
Mai	7	1	17	»	
Juin	38	2	5	»	

Traitement jusqu'au 2 mai 1893 : hydrothérapie.

1893. — Du 2 au 11 mai : 2 injections ou 2 seringues de Pravaz, contenant ensemble 1 centim. c. de liquide testiculaire et 1 c. c. d'eau distillée bouillie et refroidie.

Du 11 au 22 mai : 3 piqûres ou 3 seringues.

Du 22 mai au 1er juin : 4 injections ou 4 cent. c., soit 2 cent. de liquide testiculaire.

Du 1er juin au 9 : cinq piqûres. — Mort causée par un corps étranger.

	1892				1939	
	Janv.		Juill		Janv.	
Poids	59.500		62		65.500	
Taille	1.655		1.66		1.69	
	D	G	D	G	D	G
Dynamomètre	45	35	45	37	45	38

Mensurations de la tête.

	1892 Mars.	1893 Janvier.
Circonférence horizontale maxima	53	55
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	37,5	38
Diamètre antéro-postérieur	16.5	18.2
— bi-auriculaire	12.5	13
— bi-pariétal	15	15.5
— bi-temporal	10.5	12
Hauteur du front	6	6

Tableau des accès et des vertiges.

	1892.		1893.	
	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	6	»
Février	4	»	13	»
Mars	5	»	9	»
Avril	14	»	20	2
Mai	7	1	17	»
Juin	38	2	5	»
Juillet	31	»		
Août	27	»		
Septembre	19	»		
Octobre	21	»		
Novembre	14	»		
Décembre	13	»		
Total	193	3	70	2

Autopsie faite 37 heures après le décès. — *Tête.* — *Cuir chevelu* extrêmement épais, présentant en avant une coloration rosée à peu près générale, sans ecchymoses. *Os* du crâne très épais et cela d'une façon irrégulière, ainsi à gauche le temporal mesure deux millimètres tandis qu'à droite au même niveau il y a quatre à cinq millimètres : maximun d'épaisseur six à sept millimètres . Larges plaques transparentes au niveau : 1° de la suture métopique, 2° du 1/3 antérieur et du 1/4 postérieur de la suture sagittale 3° de la partie moyenne de l'occipitaf. Tout le reste des os est épais le crâne est lourd et à la face interne on note de très nombreuses et très fines arborisations d'un rouge violacé ; toutes les sutures sont très fines nement dentelées sans traces de synostose. Un os wormien à la partie moyenne de chacune des branches de la suture lambdoïde A la face interne toutes les sutures persistent sous forme d'un sillon régulier.

Dure-mère non sensiblement congestionnée. L'ablation du cerveau donne lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sang; de même l'incision de la tente du cervelet donne issue à une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien. — Les différentes parties de la *base du crâne* paraissent symétriques. — Le *corps pituitaire* est petit, d'aspect et de consistance ordinaires. — Le *trou occipital* n'est pas rétréci.

La face convexe des hémisphères présente une *vascularisation* modérée, uniforme, avec des *plaques ecchymotiques*, sur le bord extérieur et la face interne des lobes frontaux, à l'extrémité inférieure de la frontale et de la pariétale ascendantes. Quelques plaques ecchymotiques aussi sur les lobes temporaux à la pointe des lobes occipitaux. Sur la base de l'encéphale, la pie-mère est moins vascularisée que sur la face convexe.— Les nerfs, artères, etc., de la base sont symétriques. — La *glande pinéale* a son aspect habituel. —Les *plexus choroïdes* sont gorgés de sang. Une coupe pratiquée sur la protubérance montre une coloration violacée. Sur le bulbe, la coloration est presque naturelle.

Hémisphère cérébral gauche.— La *pie-mère* s'enlève facilement, sans aucune adhérence de la face interne; sur la face convexe, petites adhérences disséminées sur l'extrémité postérieure. La pie-mère de la face interne du lobe frontal droit adhère à celle du lobe frontal gauche. Les circonvolutions paraissent simples et les sillons sont moyennement profonds.

Cou. — *Corps thyroïde* (20 gr.), sain ; pas de *thymus.*

Thorax. — *Poumon droit* très adhérent à la plèvre costale. — Les deux poumons sont fortement congestionnés et présentent l'aspect splénique; le droit pèse 416 gr., le gauche 520. — *Cœur* (200 gr.); pas de persistance du trou de Botal, pas de lésions valvulaires ni de gros caillots. Dans la *trachée*, à la hauteur de la fourchette sternale, se trouvait un CAILLOU ovalaire, aplati, mesurant 15 millimètres de largeur sur 6 millimètres de hauteur.

Abdomen. — *Estomac, intestin,* sains. — *Foie* (1400 gr.) très congestionné. — *Rate* (130 gr.), *pancréas, rein* droit (160 gr.), *rein* gauche (155 gr.), *vessie*, rien. Pas de calculs rénaux ni biliaires.

Le cadavre présente aux points d'appui, sur les deux fesses et les omoplates, ainsi qu'à la partie postérieure des bras, une

coloration blanchâtre qui contraste avec les parties latérales dont la coloration est rouge intense. — Des *incisions* faites sur les *fesses* aux *lieux des injections* ne révèlent absolument aucune lésion des tissus superficiels ou profonds.

Obs. XXII. — Épilepsie symptomatique.

Hel... (Constant), né à Le Mesnil (Manche), le 25 avril 1874, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 13 août 1891. Même traitement du 2 mai au 1er juillet.

Du 2 au 10 mai : 2 injections.
Du 10 au 22 mai : 3 injections.
Du 22 mai au 1er juin : 4 injections.
Du 1er au 10 juin : 5 injections.
Du 10 au 21 juin : 6 injections.
Du 21 juin au 1er juillet : 7 injections.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	Du 13 août au 31 décembre 1891, 23 accès. 1892 : 62 accès et 4 vertiges.
Mai	10	»	5	»	
Juin	11	»	9	»	

Diminution des accès. Même état intellectuel.

Obs. XXIII. — Épilepsie.

Fal... (Alfred), né à Paris, le 23 novembre 1874, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 22 juin 1891.
Même traitement.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	Du 22 juin au 31 décembre 1891 : 43 accès. 1892 : 114 accès et 17 vertiges.
Mai	14	»	4	»	
Juin	10	1	12	»	

Diminution des accès. Pas de modification intellectuelle.

OBS. XXIV. — ÉPILEPSIE.

Bou... (Charles), né à Paris, le 14 décembre 1877, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 24 février 1892.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892 A.	1892 V.	1893 A.	1893 V.	
Mai............	2	»	8	1	Du 24 février au 31 décembre 1892 : 32 accès, 1 vertige.
Juin............	2	»	3	»	

Augmentation des accès. Pas d'amélioration mentale.

OBS. XXV. — ÉPILEPSIE.

Bouss... (Léon), né à Paris, le 23 février 1878, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 21 mars 1892.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892 A.	1892 V.	1893 A.	1893 V.	
Mai............	7	»	2	»	Du 21 mars au 31 décembre 1892 : 83 accès et 4 vertiges.
Juin............	11	»	9	»	

Diminution des accès. Même état intellectuel.

OBS. XXVI. — ÉPILEPSIE.

Vil... (Charles), né à Paris, le 12 décembre 1877, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 24 novembre 1891.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	Du 24 septembre au 31 octobre 1891 : 9 accès, et 1 vertige. En 1892, 61 accès, et 12 vertiges.
Mai	2	»	1	6	
Juin	11	»	5	5	

Diminution des accès, accroissement des vertiges ; pas de changement intellectuel.

Obs. XXVII. — Épilepsie ; hémiplégie incomplète a gauche.

Bout... (Eugène), né à Trouville le 27 juillet 1875, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 10 décembre 1883.

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1890		1891		1892		1893		
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	Du 10 au 31 octobre 1883 : 54 accès. 1884 : 781 ac. 5 — 1885 : 19 — » — 1886 : » — » — 1887 : » — » — 1888 : » — » — 1889 : » — 1 — 1890 : 7 — 12 — 1891 : 23 — 18 — 1892 : 75 — 52 —
Mai	1	»	3	»	2	7	13	11	
Juin	1	»	1	»	4	3	11	»	

Aggravation au point de vue intellectuel et du nombre des accès.

Obs. XXVIII. — Épilepsie.

Gour... (Charles), né à Paris, le 4 février 1876, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 28 janvier 1893.

1893. Avril : 4 accès et 3 vertiges.

1893. Mai : 4 accès et 2 vertiges.

Ce malade est en déchéance.

Obs. XXIX. — Imbécillité symptomatique de méningo-encéphalite.

Guib... (François), né à Moraches (Nièvre), le 20 octobre 1877.

est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 24 novembre 1891.

Bien que cet enfant ne fût pas épileptique, comme il était en voie de déchéance, par comparaison, il a été soumis aux injections sous-cutanées de liquide testiculaire du 2 mai au 30 juin. Malgré ce traitement, la déchéance s'est aggravée et il a succombé à la cachexie progressive due à sa maladie le 7 juillet.

OBS. XXX. — ÉPILEPSIE.

Thir... (Armand), né à Paris, le 14 décembre 1874, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 28 juillet 1884, en est sorti le 1er octobre 1884, a été réintégré le 10 novembre 1888, et est passé aux *adultes* (3e section) le 12 mai 1893.

Durée du traitement : 10 jours (1).

Tableau des accès et des vertiges.

MOIS.	1889		1890		1891		1892		1893		En aout et sept. 1884, 20 accès. — 4 ans d'absence du service? 1888 nov. et déc. 6 accès. 1889 : 92 ac. 67 v. 1890 : 195 — 88 — 1891 : 82 — 35 — 1892 : 147 — 38 — Du 1er au 12 mai 1893. 147 accès et 23 vertiges.
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	
Mai...	8	7	12	4	«	4	6	6	«	«	
Juin...	9	9	48	5	3	«	12	4	«	«	

CONCLUSIONS. — I. Si l'on retranche le malade atteint d'*imbécillité* et le malade qui n'a été en traitement que dix jours, il reste 28 malades *épileptiques* qui ont été soumis aux injections de liquide testiculaire pendant un temps suffisamment long pour apprécier la méthode en ce qui concerne l'épilepsie. En effet, d'après M. d'Arsonval, si au bout de six semaines il n'y a pas de résultats, il est inutile de prolonger le traitement.

(1) Le malade, ayant dépassé 18 ans, a été transféré sans qu'on nous prévienne dans le service des épileptiques adultes.

II. Sur ces 28 malades, 8 ont eu une légère diminution de leurs accès. Les autres, c'est-à-dire 20, ont présenté au contraire une augmentation de leurs crises. Nous avons choisi de préférence les malades chez lesquels on notait de la déchéance intellectuelle, afin de nous rendre mieux compte de l'action du liquide testiculaire sur la rénovation intellectuelle : chez aucun d'eux l'état intellectuel n'a été amélioré.

III. Ces résultats, qui sont conformes à l'expérimentation de M. Féré, seraient en contradiction avec ceux qu'a obtenus M. le professeur Pierret dans son service de l'asile de Bron, d'après la thèse d'un de ses élèves (1).

IV. Nous avons fait prendre le *poids* des malades *avant* et *après* le traitement. Malheureusement les pesées de la première et de la deuxième séries ont été égarées. Nous n'avons que celle de la seconde série ; 6 malades ont vu leur poids augmenter d'une façon assez notable ; chez trois autres il y a eu diminution, et chez le dernier le poids n'a pas changé.

(1) Depuis que cette note a été rédigée, nous avons lu, dans le *Lyon médical* du 12 novembre dernier, l'analyse d'une thèse de M. Alombert-Goget, faite dans le service de M. le professeur Pierret, ayant pour titre : *Contribution à l'étude thérapeutique des injections de liquide testiculaire dans certaines formes de l'aliénation mentale*. L'auteur est arrivé à des résultats bien différents des nôtres : « Chez les épileptiques, dit-il, les crises ont été modifiées dans leur forme et leur nombre a été légèrement *augmenté*... En somme les injections testiculaires ont produit une augmentation de la vitalité sous toutes ses formes. »

V.

Remarques sur les trois précédents cas d'épilepsie suivis de mort ;

PAR BOURNEVILLE.

Les observations rapportées *in extenso* dans le précédent mémoire comportent un certain nombre de réflexions cliniques et anatomo-pathologiques.

OBSERVATION I (p. 111).

I. Nous avons à relever, dans les antécédents héréditaires, des *migraines*, le *rhumatisme*, l'*aliénation mentale*, la *surdi-mutité* du côté paternel ; — le *nervosisme*, les *coliques de plomb* et le *bégaiement* du côté maternel (1).

II. La *grossesse* a été accidentée par des *étouffements* avec *perte de connaissance* prolongée, revenant quotidiennement du cinquième mois à la fin du huitième, qui paraissent avoir retenti sur l'enfant, puisque, dès le second jour de la naissance, il a eu

(1) Toujours nous indiquons dans nos observations la *profession* des parents, afin de pouvoir un jour relever d'une façon précise l'influence des professions insalubres sur la production de l'idiotie.

des *convulsions*. Toutefois, à deux ans, l'enfant ressemblait à peu de chose près aux autres enfants.

III. Alors, il a eu un *état de mal convulsif* qui a duré deux heures, puis un autre quatre mois plus tard. Les convulsions sont revenues 4 ou 5 fois par an, à partir de là jusqu'à 5 ans ; ensuite l'épilepsie semble s'être définitivement établie. Vers 8 ans, l'intelligence aurait commencé à décliner.

IV. Le malade est mort *asphyxié dans un accès* survenu quand il était dans le décubitus abdominal. C'est là un accident qui survient quelquefois lorsque les épileptiques ont l'habitude de tomber en avant ou si on les laisse, au lit, couchés sur le ventre. Les épileptiques de cette catégorie qui travaillent au jardinage sont projetés dans la terre fraîchement bêchée et, si on ne vient promptement à leur secours, sont vite asphyxiés, la face s'enfonçant, se moulant dans la terre. On ne saurait certes trop recommander aux infirmiers de nuit de ne jamais tolérer que les épileptiques se couchent sur le ventre et aux jardiniers de toujours avoir l'œil sur les épileptiques qui travaillent sous leurs ordres, et d'accourir auprès d'eux aussitôt qu'ils ont un accès.

M. Delasiauve (1) a signalé des cas de ce genre. « Comme beaucoup d'épileptiques, écrit-il, Pout... dormait habituellement la tête enfouie dans ses couvertures et fortement inclinée sur son oreiller. Un matin, on le trouva mort, victime d'une crise qui avait pour ainsi dire, collé son visage au traversin. — Des particularités tout identiques s'observèrent dans les cas des nommés Barth..., Fort... et D... qui furent enlevés de la même manière. Al... fut pris d'un accès

(1) Delasiauve. — *Traité de l'épilepsie*, 1854, p. 169.

tandis qu'il travaillait au jardin; la chute, en avant, s'effectua sur le sol, où le malheureux demeura convulsivement attaché. »

MM. Jules Rengade et Louis Reynaud, élèves de M. Delasiauve, dans la note qu'ils ont publiée sur les *Accidents produits par l'accès épileptique* (1) ont rapporté les cas suivants :

« Boull... se couche un soir bien portant. Le lendemain matin, on le retrouve mort dans son lit, couché sur le ventre, la face vultueuse, enfoncée dans l'oreiller, le nez aplati par la pression qu'il a subi. — Ced... travaille aux champs. Ne le voyant pas revenir au bout d'un certain temps, on va le chercher et on le trouve mort, couché sur le ventre, la face profondément enfoncée dans la terre qu'il venait de remuer. — Gall.. est trouvé mort, couché comme le précédent, dans le jardin où il travaillait. — Rip.. meurt de la même façon que Boull.. étouffé par ses oreillers dans un accès nocturne. »

V. Les lésions de *méningo-encéphalite* constatées à l'autopsie expliquent la déchéance progressive de l'enfant.

VI. Notons encore la différence de poids des deux hémisphères cérébraux, le gauche pesant plus que le droit, différence en harmonie avec la conformation du crâne et la prédominance à droite de la force musculaire.

VII. Malgré l'âge de l'enfant, 14 ans et demi, le *thymus* persistait et était assez volumineux (35 gr).

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1865, nos 2, 3 et 4.

OBSERVATION II (p. 126).

I. Ici, de même que dans le cas précédent nous avons une hérédité assez chargée : hémiplégie chez la grand'mère paternelle, hémorrhagie et ramollissement du cerveau, convulsions du côté maternel. Ajoutons que la mère a eu des fièvres intermittentes (1), qu'elle a été internée comme aliénée et que, quoique sortie de l'asile, elle est encore folle.

II. Les renseignements sur l'enfant sont un peu vagues. Nous n'avons pu savoir quelle était la cause de l'épilepsie qui a débuté à 10 ans. Son caractère est tout à fait celui de l'épileptique : il est violent, sournois et sujet de temps en temps à des périodes d'excitation ; il s'isole de ses camarades, il est sombre, prétend que ses camarades veulent le faire mourir, que des sergents de ville ont voulu l'arrêter ; il ne veut pas manger les mets qu'on lui donne, sa mère lui répétant sans cesse, qu'il ne doit se nourrir que de graisse. Chaque fois qu'elle vient le voir, elle lui apporte un pot de graisse qu'elle lui fait manger au parloir. Dans les nombreuses lettres qu'elle nous a écrites, elle revient constamment sur la nécessité de nourrir son enfant avec de la graisse, et elle réclame la permission de lui donner des pots de graisse et de lard, qui lui paraissent préférables aux travaux de la classe, de l'atelier et à tous les traitements du monde.

III. Cet enfant était en déchéance lorsqu'il a été soumis aux injections de liquide testiculaire. Celles-ci n'ont pas amélioré la situation et G... est mort inopinément dans un accès, à cause d'une circonstance par-

(1) Nous avons toujours soin de consigner l'impaludisme, à l'occasion, pour nous rendre compte de son action, comme cause de l'idiotie.

ticulière. Il avait, en effet, l'habitude de maintenir dans sa bouche des petits cailloux arrondis. Ayant été pris d'une crise, alors qu'il avait un caillou dans la bouche, celui-ci a pénétré dans les voies aériennes et complété l'asphyxie occasionnée par l'accès. Le caillou a été retrouvé dans la trachée, à peu près au niveau de la fourchette sternale.

Parfois l'issue n'est pas fatale. M. Delasiauve en a publié trois cas, dans la *Gazette hebdomadaire.* (1856, p. 239). Le premier concerne un épileptique, pris d'un accès alors qu'il fumait sa pipe. Le tuyau se brisa, un morceau de 6 millimètres de longueur pénétra dans le larynx. Il se produisit des accidents graves, des symptômes insolites de bronchite. Après trois semaines de souffrances, le malade rejeta, au milieu d'une quinte prolongée de toux, le corps étranger, cause de tous les accidents.

Le second cas a trait à un épileptique qui mâchonnait un *noyau d'abricot* pour faire cesser une sècheresse incommode, quand survint une crise durant laquelle le noyau pénétra dans les voies aériennes. Il ne survint d'abord que des symptômes légers, qui firent douter de la pénétration de corps étranger. Le malade ne paraissant plus souffrir retourna travailler aux jardins. Plus de trois mois après, il rentrait à l'infirmerie, présentant des symptômes graves qui firent penser à une inflammation tuberculeuse et on s'attendait à le voir succomber prochainement quand, dans un accès de toux, il rendit son noyau dépourvu d'aspérités : il avait séjourné près de quatre mois dans les bronches. (*Loc. cit.*, 1859, p. 648).

Dans le troisième cas, il s'agit d'un épileptique qui avait un gros et large moule de bouton dans sa bouche au moment d'un accès. Il présenta bientôt des symptômes analogues au malade précédent. On en ignorait la cause. Au bout de trois semaines, la mort semblait

inévitable, lorsque, dans un effort de toux, le malade rejeta son corps étranger.

Un malade de Croly, cité par M. Ch. Féré (1), faillit succomber par la pénétration, pendant l'accès, de dents artificielles dans les voies aériennes.

Ces faits, comme le nôtre, montrent la nécessité de recommander aux épileptiques d'éviter avec le plus grand soin de conserver dans leur bouche des corps étrangers, habitude qui se rencontre surtout chez les enfants. Les agents de surveillance doivent être très vigilants à cet égard. En cas d'accès durant le repas, ils doivent, dès que cela est possible, écarter les mâchoires et enlever avec une cuillère les aliments qui peuvent être accumulés dans la bouche. M. Delasiauve a cité l'exemple d'un malade, Poj..., qui fut surpris par un accès, au milieu du repas, la bouche étant pleine d'aliments. Mais comme les assistants, préoccupés surtout des convulsions, ne songèrent pas immédiatement à extraire la nourriture, il périt de suffocation (2).

IV. L'autopsie a fait découvrir des lésions de méningo-encéphalite en rapport avec les symptômes observés durant la vie.

Observation XXI (p. 140).

I. Du côté du père nous devons relever la syphilis survenue à l'âge de 19 ans, bien qu'elle ne semble pas avoir eu une action bien prononcée sur notre malade.

(1) Ch. Féré. — Les *Épilepsies et les Épileptiques*, p. 430.
(2) Leszynski (W. M.). — *Epilepsy considered as a cause of death.* (*The New-York med. journal*, 1885, p. 324 et 357).

II. Signalons deux *émotions* très vives de la mère durant la grossesse dont les effets consécutifs ont longtemps persisté.

III. Le malade a eu ses *premières convulsions* le lendemain de la naissance, les secondes au bout de deux mois ; ensuite, les convulsions ont été mensuelles. A huit mois, état de mal.

IV. A l'entrée, l'intelligence était à peu près de niveau moyen ; à partir de là, la déchéance s'est progressivement accusée, aussi bien au point intellectuel qu'au point de vue physique : d'actif F.... est devenu de plus en plus paresseux ; l'attention, qui était à peu près normale, est devenue de plus en plus vague ; le caractère déjà irritable lors de l'admission, loin de s'améliorer, s'est aggravé ; la mémoire, les connaissances scolaires et professionnelles se sont peu à peu perdues ; il mangeait proprement et seul, dans les derniers temps il mangeait salement, et on a fini par être obligé de le faire manger ; la parole s'est embarrassée, la démarche s'est affaiblie ; il est survenu des idées mystiques.

Le traitement par les injections de liquide testiculaire n'a aucunement amélioré son état mental et physique, qui est allé sans cesse s'empirant. L'enfant a succombé à une congestion pulmonaire.

V. L'autopsie a fait constater de nombreuses lésions de *méningo-encéphalite,* qui sont en rapport avec la *démence paralytique* constatée durant les dernières années de l'existence. Nous les avions prévues en nous appuyant sur les symptômes de déchéance, notamment sur les troubles de l'attention, de la parole, et sur la lenteur du malade à reprendre connaissance à la sortie de ses accès.

Dans les trois cas que nous venons de commenter, nous avons trouvé un épaississement, une densité et une congestion très considérables des *os du crâne*, lésions communes et qu'on verra encore mentionnées chez un malade dont nous rapportons l'observation plus loin (v. p. 174).

VI.

Un cas d'hémimélie bi-abdominale;

Par BOURNEVILLE.

Nous avons eu l'occasion, il y a quelque temps, de voir à Bicêtre l'oncle maternel d'un de nos enfants qui présente une *malformation intéressant les membres inférieurs,* dont nous allons donner la description (*Fig.* 39 et 40).

Bégass... Fr... est né dans le Cher, le 26 juillet 1854. — La tête toute entière, les membres supérieurs et le tronc paraissent bien conformés. Sauf un phimosis prononcé, les organes génitaux sont réguliers. Les deux cuisses sont normales, quoique moins volumineuses peut-être qu'elles ne devraient l'être, par rapport au tronc et aux membres supérieurs. Voici quelques mesures qui donnent une idée de leurs dimensions :

	G.	D.
Circonférence au-dessous du pli de l'aine......	44	44
— prise à 15 cm. de l'extrémité inférieure de la cuisse............	26 1/2	24

Ces deux dernières circonférences ont été prises à la hauteur du pli formé en arrière (*Fig.* 40) par la jonction de la cuisse avec ce qui représente la jambe. Des deux côtés la cuisse se termine par une sorte de moignon qui a la forme d'un pilon :

	G.	D.
Circonférence du moignon....................	23	24

Comme on le voit, le pilon droit est plus volumineux que le gauche. Les mensurations ont été faites au niveau du collet

du pilon. La peau de l'extrémité des moignons est colorée, rosée, et, à gauche, il existe sur la ligne médiane une petite ulcération de 6 à 7 mm. C'est sur ces moignons que B... fixe



Fig. 39.

ses souliers qui consistent en un cylindre terminé par un talon et qu'il maintient à l'aide de cordons attachés au-dessus du pli formé par la jonction de la jambe et de la cuisse.

Le fémur se termine par une masse arrondie, qui paraît mamelonnée. La surface articulaire est située sur le côté externe du fémur, et correspond au collet du pilon. La jambe,



Fig. 40.

après s'être articulée là, remonte obliquement en haut, en avant et en dedans, de sorte que l'extrémité inférieure de la cuisse est, pour ainsi dire, couchée sur la moitié de la jambe

qui correspond au fémur; l'autre moitié de la jambe vient se placer dans l'angle formé par les cuisses, écartées, en dedans d'elles, à 4 ou 5 cm. au-dessous du scrotum (*Fig.* 11 et 12) et les deux pieds adossés l'un à l'autre se trouvent tout près de l'extrémité de la verge, pendante. Dans la jambe, nous n'avons pu sentir qu'un os et cet os, légèrement incurvé, à convexité externe, se termine par une apophyse pyramidale triangulaire, qui rappelle la malléole externe. D'après la situation de l'os on pourrait être amené à croire qu'il s'agit du péroné, et, ce qui semblerait manquer, c'est la moitié interne de la jambe. Nous n'avons pas découvert de rotule.

	G.	D.
Distance de l'articulation à l'extrémité de la malléole unique	25	24
Circonférence de la jambe au niveau du pli de jonction avec la cuisse	16	17
Circonférence au niveau de la jonction de la jambe avec le pied	15,2	15

Le pied est implanté sur la face interne (antérieure) de ce qui représente la jambe, à 2 cm. au-dessus de la face interne de la malléole. Il est recourbé sur lui-même, de telle façon que la face antérieure, c'est-à-dire la face supérieure, décrit une convexité qui regarde en dedans et en bas.

Les orteils viennent aboutir juste au niveau du pli de jonction de la jambe avec la cuisse ou jarret (*Fig.* 39). Le talon forme un moignon qui vient se reposer sur la partie moyenne du bord interne de la cuisse. Le talon regarde en haut et en avant; le calcanéum parait trés irrégulier. On ne peut distinguer les os du tarse qui semblent soudés à l'os unique de la jambe. Le métatarse existe au complet. On distingue très nettement les métatarsiens à leur insertion aux orteils. Leur autre extrémité, au contraire, n'est pas distincte et parait se souder à une masse osseuse irrégulière, formant une sorte de saillie convexe. Aucun mouvement dans cette articulation du pied. L'articulation des métatarsiens et des orteils est normale. Les orteils sont réguliers : le pouce reposant sur le drap, le malade étant couché ; le pouce regardant en arrière, le malade étant debout ; le petit orteil est situé au-dessus dans le décubitus dorsal et regarde en avant dans la station verticale.

L'attitude des membres est symétrique. Les deux pieds se touchent par ce qui correspond à l'extrémité supérieure des métatarsiens (masse convexe). La malléole droite appuie sur la mallèeole gauche. Dans la *marche*, la jambe qui avance est obligée de faire un mouvement de rotation en dehors pour que

les chevilles ne se touchent pas. Habillé, le malade s'aide en marchant d'une petite canne qui a 46 cm. de long. Il marche en se dandinant à la façon des canards.

	G.	D.
Circonférence du pied à la partie moyenne du métatarse	15	16
Longueur du pied, de l'extrémité du médius à l'extrémité du talon	23	23
Hauteur du buste, le malade étant assis, de la chaise à la tête	85 cm.	

Le malade a quitté ses parents pour la première fois à 20 ans, après la conscription ; il a couru un peu partout, dit sa sœur, travaillant ou mendiant. Dans ces derniers temps, il exerçait le métier de tailleur aux environs de Moulins. Il gagnait de 25 à 30 francs par mois et était nourri. Là, il aurait vécu pendant quelque temps avec une femme, dont il n'aurait pas eu d'enfants. Il est venu à Paris en août 1889 afin de voir l'Exposition. Pour vivre il vendait des plans et des images représentant les monuments de Paris. Maintenant il vend des crayons, des enveloppes, en d'autres termes, il vit de mendicité.

Au point de vue intellectuel, c'est un *arriéré*. A l'école où il serait allé jusqu'à 14 ans, il n'aurait à peu près rien appris. Il sait écrire son nom et c'est tout. Le curé ne voulait pas lui faire faire sa première communion à 14 ans, parce qu'il ne connaissait pas son catéchisme. « Il veut faire à sa tête, est irritable, dit sa sœur, se met en colère si on le contrarie, mais il a bon cœur. » Elle lui a conseillé d'entrer dans un hospice ; il préfère être libre.

Comme il est facile de le constater sur les figures qui accompagnent notre description, il s'agit là d'un cas d'*hémimélie bi-abdominale*, c'est-à-dire intéressant les deux membres inférieurs ou abdominaux, d'après la terminologie de Is. Goffroy-Saint-Hilaire. Les hémimèles, on le sait, constituent une famille des monstres ectroméliens, plus rarement observés que les Ectromèles proprement dits et que les Phocomèles. Dans ce cas, l'hémimélie est réduite à sa plus simple expression, car l'un des os de la jambe, quoique anormalement constitué, existe très nettement et les deux pieds sont probablement au complet.

VII.

Idiotie et épielpsie symptomatiques d'une anomalie cérébrale (*Tumeur des tubercules mamillaires*) ;

PAR BOURNEVILLE et P. SOLLIER.

Les maladies chroniques du cerveau qui aboutissent à produire les diverses formes anatomo-pathologiques de ce que l'on désigne sous le nom d'*idiotie* sont très nombreuses, offrent un très réel intérêt, ainsi qu'on le constatera dans l'avenir, mais dont on ne paraît pas encore avoir compris l'importance en dépit de nos multiples publications. Dans le cas qui va suivre, par exemple, il s'agit d'une « production nerveuse » qui, par ses caractères et son siège, mérite d'être signalée.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand'mère, grand oncle et grand'tante paternels morts phtisiques. — Mère, caractère emporté. — Grand'mère maternelle nerveuse, émotive, emportée. — Deux grands oncles maternels morts de la poitrine. — Tante maternelle morte diabétique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de trois ans.*

Rien de particulier à la conception, pendant la grossesse, l'accouchement et à la naissance. — Convulsions 8 heures après la naissance. — Crises fréquentes à partir de ce moment. — Rougeole et coqueluche. — Turbulence. — Physionomie hébétée. — Onanisme. — Parole et sens spéciaux nuls. — Etat de mal épileptique ; broncho-pneumonie. — Mort. — Atypie cérébrale.

Mont.... Léon, né le 30 octobre 1885, décédé le 25 janvier 1893, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 19 juin 1891.

ANTÉCÉDENTS. — (*Renseignements fournis par le père et la mère de l'enfant*, le 26 juin 1891). — *Père*, 36 ans, journalier au chemin de fer, n'a jamais eu de convulsions, de chorée, de migraines, de maladie de peau, ni de rhumatisme. Il fume peu et ne boit pas. Vif de caractère, il n'a cependant pas de violentes colères. Il a l'air intelligent et répond très bien aux questions qu'on lui pose. [*Père*, mort à 44 ans d'une fluxion de poitrine. Il n'avait jamais eu de maladie nerveuse, ni cutanée; pas de rhumatisme, pas d'alcoolisme. Homme intelligent et de caractère calme. — *Mère*, morte à 43 ans de *tuberculose pulmonaire*; pas d'affection nerveuse, pas de migraines, etc. Elle avait le caractère « comme tout le monde. » — *Grand'mère maternelle*, morte à 81 ans, de vieilesse, et ayant conservé «toute sa tête. » — Les autres *grands-parents* sont inconnus. — Un *oncle paternel*, sain de corps et d'esprit. — Un *oncle* et une *tante paternels* sont «morts de la *poitrine*. » Trois *frères* : l'aîné est bien portant, ainsi que ses quatre enfants ; il en est de même du second et de ses enfants ; le troisième, soldat, est en bonne santé et intelligent. — Deux *sœurs* : la première, 29 ans, célibataire, n'a aucune maladie nerveuse ; la deuxième, n'a jamais été malade et a un enfant bien portant. Dans le reste de la famille, il n'y a ni paralytique, ni épileptique, ni choréique, ni idiot, ni aliéné, ni difforme, ni suicidé.]

Mère, 33 ans, ménagère, n'a jamais eu aucune maladie quelconque. Pas d'alcoolisme ; vive de caractère, s'emporte facilement, « battrait son mari si elle était assez forte. » [*Père*, 56 ans, très bien portant, boit facilement le vin, mais pas d'alcool, très doux de caractère, un peu paresseux. — *Mère*, 56 ans, jamais aucune maladie, très nerveuse, s'émotionne pour la moindre chose et pleure facilement. — *Grand'mère paternelle* morte à 77 ans, intelligente, de caractère calme. — Les autres *grands-parents* sont inconnus. — *Oncle maternel*, intelligent et sans tare nerveuse, de même qu'un *oncle paternel*. — Deux *oncles maternels* morts de la *poitrine*. — *Frère*, intelligent, ni migraineux, ni nerveux. — Deux *sœurs* : non nerveuses. — Deux autres *sœurs* mortes, l'une à 4 ans, de fièvre typhoïde, l'autre à 16 ans, « d'un diabète qui lui a duré deux ans. » Dansle reste de la famille, ni bègue, ni strabique, ni épileptique, ni paralytique, ni choréique, ni aliéné, ni suicidé.]

Pas de *consanguinité*. — Inégalité d'âge de 3 ans.

Quatre *enfants* : 1° et 2° *filles* de 9 ans 1[2 et de 8 ans, intelligentes, bien portantes ; — 3° notre *malade* ; — 4° *fille*, 4 ans 1/2, bien portante, intelligente ; pas de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. — *Grossesse* bonne, sans traumatismes, ni émotions, ni syncopes, ni éclampsie. — *Accouchement* naturel, à terme, en 3 heures, sans chloroforme. — A la *naissance*, pas d'asphyxie, pas de circulaire du cordon. L'enfant a crié tout de suite. Il était bel enfant et fort. Elevé au sein par sa mère. Huit heures après sa naissance, il fut pris de *convulsions*. Il devint pâle, ses yeux se convulsèrent un peu. Quelques mouvements se produisirent dans les bras et les jambes : mais pas de convulsions proprement dites ni de contracture. A partir de ce moment il eut tout le reste de sa vie de ces espèces de vertiges avec pâleur, yeux hagards ou convulsés, et indifférence complète aux excitations extérieures. Ces *vertiges* le prennent jusqu'à 4 et 5 fois par jour. Ils surviennent aussi bien la nuit que le jour. Il ne rend jamais d'écume et ne crie pas. Il mange mal, ne mastique pas, ne bave ni ne suce. Il n'est pas propre et a toujours fait sous lui. Pas de vomissements ni de rumination. Onanisme constaté, mais peu fréquent. A eu la rougeole et la coqueluche. Pas de bronchite, pas d'hémoptysie. Pas de vers intestinaux. Pas de gourmes ni de dartres, etc.

Il est d'une turbulence extrême, crie pour rien, chante, frappe tout ce qui l'entoure. Il est toujours à faire des bêtises. » « Il faut sans cesse le corriger, » Les voisins se plaignent du bruit qu'il fait. Il semble aimer ses parents et ses sœurs, mais les oublie aussitôt qu'il ne les voit plus.

État actuel (7 juillet 1891*)*. Teinte générale du corps d'un blanc rosé ; visage un peu coloré ; légère adipose de tout le corps. Visage souriant habituellement ; expression plutôt agréable au premier abord, avec un peu d'hébétude toutefois. Cicatrice verticale au niveau de la bosse frontale gauche ; une autre au sommet de la tête, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ; deux autres allongées dans le voisinage et un peu en arrière.

Cheveux abondants, châtain foncé, avec un tourbillon antérieur à gauche. Tourbillon postérieur un peu à gauche de la ligne médiane. Pas de ganglions lymphatiques perceptibles au toucher. — Crâne plutôt volumineux, avec proéminence très

marquée du frontal, dont les deux bosses sont très apparentes. Fontanelles ossifiées. Le crâne semble symétrique. Front élevé.

Circonférence horizontale maxima	510 mm.
Demi-circonférence bi-auriculaire	340
Distance de l'art. occipito-atloïd. à la racine du nez	390
Diamètre antéro-postérieur maximum	167
Diamètre bi-auriculaire	113
Diamètre bi-pariétal	136
Diamètre bi-temporal	133
Hauteur médiane du front	60

Visage arrondi. Arcades sourcilières peu saillantes. Paupières très effacées. Pas d'exophtalmie. *Yeux*: ni strabisme, ni nystagmus. Iris brun clair, tacheté de vert; pupilles égales; réflexes normaux. Pas de lésion cornéenne. L'enfant ne parlant pas ne peut donner de renseignements quant aux couleurs, auxquelles il parait d'ailleurs indifférent.

Nez légèrement camus. *Odorat* absolument nul. — Pommettes légèrement aplaties; plaque d'eczéma sur la gauche. — *Bouche* petite, droite. Lèvres charnues, la supérieure est proéminente. Voûte du palais ogivale; voile du palais régulier; amygdales peu saillantes. *Goût* nul.

Dentition de lait complète aux deux mâchoires, normale; articulation exacte. — Menton petit, arrondi. — *Oreilles* plutôt petites, non saillantes; lobule non adhérent, mais peu développé; hélix court, anthélix très prononcé; conque profonde; tragus petit; antitragus très saillant.

Cou: circonférence, 25 cent., court. *Corps thyroïde* perceptible dans les mouvements de déglutition. *Membres supérieurs et inférieurs* bien conformés; sans saillies musculaires. — *Ongles* réguliers de forme et d'implantation.

Poumons et *cœur* normaux. — Le *foie* semble avoir ses dimensions naturelles.

Organes génitaux. — Verge: longueur 4 cent; circonférence 7; — testicules à la racine des bourses de la grosseur d'un noyau de pêche; scrotum très petit. Prépuce long, refoulable. Tout le corps est complètement glabre.

Sensibilité générale. — On ne peut s'en rendre compte que pour la piqûre qui est bien ressentie.

Description d'un accès. — Au moment de l'accès les yeux sont fixes; les pupilles se dilatent; les pouces sont fléchis dans la main; puis les mouvemente cloniques s'emparent des membres supérieurs; les paupières battent; écume aux

lèvres ; pas de déviation de la bouche ; émission d'urine ; pas de morsure. Sommeil pendant une heure après chaque accès. — Du mois de juin à fin de décembre 1891, l'enfant a eu 130 accès et 306 vertiges.

1892. — Rien de notable dans la santé générale de l'enfant : 348 accès et 452 vertiges.

1993. — 21 *janvier.* — L'enfant ayant eu 4 accès est envoyé à l'infirmerie. Il est en déchéance complète.

22 *janvier.* — L'enfant a eu 10 accès. T. R. 38°,2. — *Soir* : 38°,5.

Dans la nuit du 22 au 23 il a eu 17 accès. Ces accès se traduisent par des convulsions bilatérales. La tête est tournée à gauche ; la commissure labiale gauche est très en dehors ; les pouces sont fléchis dans la paume de la main. T. R. 39°. *Soir* : 39°,5.

24 *janvier.* — L'enfant a eu 6 accès depuis 5 heures du matin. La température est de 42°,2. — *Traitement* : Chloral, 4 gr. ; sangsues derrière les oreilles ; eau-de-vie allemande, 15 gr. ; lotions vinaigrées, sinapismes. A 4 h. 1/2 du soir, l'enfant est dans le coma, ne fait aucun mouvement. Les pommettes sont rouges-bleuâtres ; les paupières sont fermées ; pas de contracture.

Voici le tableau des températures prises dans la journée du 23 janvier, avec le nombre correspondant des accès qui furent de 32 :

Au 3e accès	....	38°,5
6e —	....	38°,4
8e —	....	38°,8
10e —	....	38°,4
12e —	....	38°,5
16e —	....	38°,6
18e —	....	38°,6
20e —	....	38°,5
22e —	....	38°,7
25e —	....	38°,7
30e —	....	38°,5
33e —	....	38°,6

Le 24 janvier, de 5 à 6 heures du matin, l'enfant a eu qratre accès. De 8 heures à 8 h. 1/2, il a deux accès avec 39°,7. Avec l'application des sangsues, la température tomba à 38°, de 38°,9 qu'elle était auparavant. De 8 h. 1/2 du matin à 4 h. 1/2 du soir, l'enfant n'a pas eu d'accès. Il en a eu encore un à 4 h. 40,

avec 38°,5. Le reste de la nuit, pas d'accès. L'enfant meurt à 2 h. 3/4.

Au 1er accès	40°,2
2e —	40°,2
3e —	39°,5
4e —	39°,5
Température après la mort	42°
— 1/4 d'heure après	40°,9
— 1 heure après	38°
— 2 heures après	37°,5
— 3 heures après	36°

AUTOPSIE faite le 26 janvier, 26 heures après la mort. — *Cou.* — *Larynx*, normal. — *Corps thyroïde*, d'aspect sain, (25 gr.). — *Thymus*, persistant (20 gr.).

Thorax. — *Poumon droit* (220 gr.). Hépatisation du bord inférieur du lobe inférieur, dont des fragments plongent dans l'eau. Rien au sommet. — *Poumon gauche* (200 gr.). Quelques adhérences au sommet et en arrière. Congestion marquée de tout le bord postérieur. — Pas d'hépatisation. — *Cœur* (100 gr.): caillot dans le cœur droit ; cœur gauche normal, orifices serrés ; trou de Botal oblitéré.

Abdomen. — *Foie*, 500 gr. Adhérences énormes entre la face convexe et le diaphragme, entraînant la déchirure de la capsule de Glisson. — Adhérences entre la face inférieure et le paquet intestinal. Congestion générale. Voies biliaires normales. — *Rate* (50 gr.), saine. — *Reins*, droit (60 gr.); — gauche (55 gr.); normaux, décortication facile. — *Tube digestif*, normal. — Pas de calcul dans la *vessie*.

Tête. — Le *cuir chevelu* est épais, fourni, le pannicule adipeux très developpé. — *Calotte* crânienne : elle est à peu près symétrique, épaisse sauf en deux points situés à l'angle de la suture sagittale et de la suture coronale, qui sont minces et transparents. Elle est très vascularisée, et couverte d'étoiles rouges formées par les capillaires dilatés. — Les *sutures* examinées à la face externe du crâne laissent voir toutes leurs sinuosités sans le moindre signe de synostose; la branche droite de la suture lambdoïde présente un *os wormien*, perpendiculaire, de 0,12 sur 0,06 et deux autres accolés à peu près de même étendue sur la branche gauche. A la face interne, toutes les sutures sont également apparentes et il existe à leur niveau une sorte de sillon; les os wormiens de la suture lambdoïde sont en voie de disparition.

La *dure-mère* est adhérente à la calotte sur une grande partie de sa surface, et empêche l'enlèvement du cerveau par la méthode ordinaire. — La base du crâne est symétrique. — La *dure-mère* a son épaisseur ordinaire. Les *sinus* ne pré-

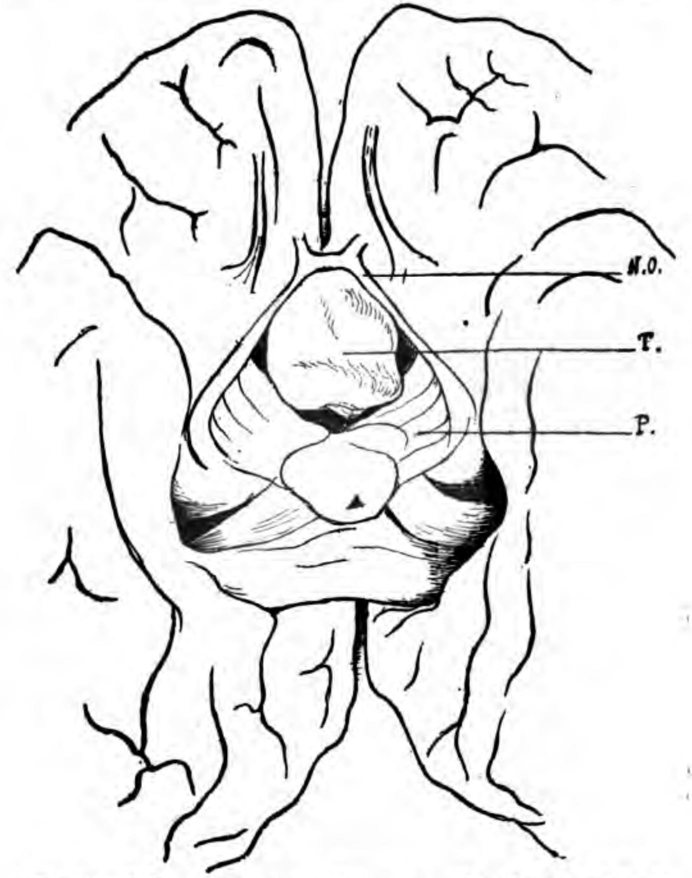


Fig. 41. — N O, nerf optique. — T, tumeur. — P, pédoncule cérébral.

sentent rien de particulier, — Le *trou occipital* est régulier. — La lame osseuse formant la *selle turcique* présente une *saillie exagérée*, limitée en avant par une ligne sinueuse formée de deux demi-croissants dont le droit est plus profond

et plus postérieur que le gauche. — Rien à noter pour la *glande pituitaire.*

Cerveau. — La décortication du cerveau et du cervelet se fait assez facilement. La *pie-mère* est légèrement épaissie et présente quelques adhérences au niveau des circonvolutions motrices et du lobe pariétal. Les circonvolutions n'offrent pas d'anomalies dans leur topographie. Leur consistance est normale et on ne trouve nulle part de sclérose. — Les *vaisseaux* et *nerfs* de la base sont normaux et symétriques. — Les *noyaux gris* n'ont rien de particulier à l'œil nu.

Quand on soulève le cerveau pour l'enlever, on aperçoit *au-dessus de la selle turcique* et reposant directement sur elle une TUMEUR ayant la même coloration que l'encéphale et non recouverte par la pie-mère. Le cerveau étant enlevé et se présentant par la base, on contaste que cette *tumeur* est située dans un espace formé en avant par les bandelettes optiques qu'elle refoule en avant et sur les côtés, et en arrière par les pédoncules cérébraux. Le pédoncule droit paraît un peu plus petit que le gauche. La pie-mère ne la recouvre pas et s'arrête à sa base. Celle-ci est très large et se continue directement avec la substance cérébrale. Elle est presque quadrilatère et mesure 25 millim. de largeur sur 30 de longueur. Son épaisseur est d'environ 2 centim. Elle se moule exactement sur la selle turcique. Sa coloration et sa consistance sont semblables à celles des circonvolutions voisines. *Cette tumeur paraît formée aux dépens des tubercules mamillaires* dont on ne distingue plus les saillies, et du *tuber cinereum.*

L'*examen histologique* de la pièce, dû à l'obligeance de M. KLIPPEL, chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales, montre qu'elle est entièrement constituée par de la substance nerveuse analogue à celle du cerveau. Colorée au picro-carmin, la coupe dans son ensemble offre deux zones distinctes. Dans l'une, on voit des cellules nerveuses, dans l'autre des faisceaux de fibres nerveuses anastomosés. Dans la première on trouve un aspect qui rappelle absolument celui d'une circonvolution cérébrale, au niveau de la substance grise, les cellules ayant l'aspect et la forme des cellules qu'on trouve dans la seconde couche de Meynert. Ces cellules sont contenues dans des espaces lymphatiques qui semblent artificiellement élargis. Elles se trouvent disséminées dans un espace comprenant environ la moitié de la totalité de la coupe. Elles sont peut-être plus distantes les unes des autres que dans le cerveau. Elles ont une forme quadrangulaire ou tri-

angulaire. Le protoplasma est finement granuleux, et leurs noyaux sont bien visibles. Dans leur voisinage, on trouve quelquefois des cellules plus petites, rondes, ainsi que cela s'observedans le cerveau normal.

Dans la seconde portion de la coupe, on trouve des faisceaux nerveux, les uns en coupe longitudinale formant des amas de fibres s'entrecroisant; les autres en coupe transversale et remplissant les espaces allongés formés par les faisceaux longitudinaux. Les vaisseaux sont assez nombreux, d'un volume égal à celui qu'on observe dans les circonvolutions. Ils n'offrent pas d'altération.

Réflexions. — I. Au point de vue étiologique il est impossible d'assigner une cause quelconque à l'épilepsie et à l'idiotie dans ce cas. Il s'agit vraisemblablement d'une affection intra-utérine puisque les convulsions ont débuté aussitôt après la naissance. Mais cette affection intra-utérine elle-même, sous quelle influence est-elle survenue? L'hérédité nerveuse est très légère des deux côtés, paternel et maternel, au moins d'après les renseignements reçus. D'autre part, les enfants nés avant notre malade et celui qui est né après n'ont rien présenté d'anormal jusqu'à présent. Il paraît donc s'agir d'une maladie accidentelle. Or, la mère n'a rien ressenti de particulier pendant la grossesse et l'accouchement s'est fait dans de bonnes conditions.

Nous sommes donc forcés de considérer l'*épilepsie* et l'*idiotie* de notre sujet comme résultant d'un développement anormal. Celui-ci se manifeste d'un côté par la persistance du thymus, de l'autre par l'anomalie de la selle turcique, enfin et surtout par l'existence de cette *tumeur nerveuse développée aux dépens des tubercules mamillaires* et de la substance grise du troisième ventricule qui ne forment plus qu'une masse uniforme. Cette tumeur a dû se développer de plus en plus depuis la naissance puisqu'elle a en quelque sorte perforé la pie-mère qui ne la recouvrait plus.

Les cas d'hétérotopie de la substance nerveuse paraissent être assez rares. Récemment M. Matellen a publié un cas *(Archiv f. Psychiatrie*, t. XXV, p. 1) qui a été analysé par M. Keraval dans le n° de mars 1894 des *Archives de neurologie* (p. 208). Il s'agit d'une *idiote épileptique*, âgée de 25 ans, dont le cerveau était petit mais sans lacunes, et dans lequel on trouva, au milieu du centre ovale, un noyau de substance grise semblable à l'écorce avec laquelle cette substance grise était en communication par des faisceaux de substance blanche. Cette substance grise incluse dans la substance blanche ordinaire a la même structure que la couche profonde de l'écorce. Conformément aux travaux de Vignal, l'hétérotopie a dû se produire dans le sixième mois intra-utérin. Par suite d'un trouble dans le développement des fibres blanches, les cellules embryonnaires indifférentes se sont transformées en substance grise pour remplir la place que laissait vide la substance blanche manquante, ou, si l'on préfère, il y a eu dans l'œuf adultération histogénétique des cellules embryonnaires destinées à former des fibres blanches qui sont, par suite, normalement devenues de la substance grise.

II. Outre cette *anomalie cérébrale*, on observe encore des traces d'une affection cérébrale, dans l'adhérence si intime de la dure-mère à la calotte crânienne, et dans les quelques adhérences de la pie-mère au cerveau, principalement au niveau des circonvolutions motrices. L'existence de ces dernières semblerait indiquer qu'un processus inflammatoire a été cause de l'épilepsie et, comme les convulsions ont éclaté dès la naissance, que ce processus avait débuté déjà pendant la vie intra-utérine. Toutefois, à cet égard, nous devons être très réservés, car il est fort probable que ces adhérences diverses se sont déve-

loppées sous l'influence des congestions méningitiques provoquées par les nombreux accès de l'enfant et par conséquent ultérieurement à la naissance.

III. L'enfant a succombé à un *état de mal épileptique* et, suivant la règle posée par l'un de nous, la *température centrale* s'est élevée progressivement à un chiffre considérable, 42° aussitôt après la mort.

IV. Le *crâne* offrait les lésions qu'on rencontre d'habitude dans l'*épilepsie* (épaississement, congestion, augmentation de poids, etc.) (Voir p. 158), mais il n'y avait aucune trace de *synostose* prématurée.

VII.

De quelques formes de l'hydrocéphalie *(Idiotie hydrocéphalique et ses variétés).*

PAR BOURNEVILLE ET NOIR.

Communication faite au *Congrés des aliénistes et neurologistes de langue française* (Session de la Rochelle : août 1893).

Notre but n'est pas de faire une monographie de l'hydrocéphalie. Il est beaucoup plus modeste. Nous désirons seulement présenter quelques considérations anatomo-cliniques sur différentes formes de l'*idiotie hydrocéphalique*, compliquée ou non d'épilepsie, en nous appuyant sur une collection de documents que nous avons rassemblés à Bicêtre. Ces documents comprennent, outre les observations, une collection de dix-sept crânes d'enfants hydrocéphales à des degrés divers, les photographies des cerveaux correspondants, ainsi que les photographies des malades morts et de quelques malades encore présents dans le service.

Un examen attentif de l'ensemble de ces documents nous a conduit à distinguer trois groupes principaux : 1° *Hydrocéphalie simple,* vulgaire ; — 2° *Scapho-hydrocéphalie ;* — 3° *Hydrocéphalie symptomatique.*

§ I. HYDROCÉPHALIE ORDINAIRE

Dans ce groupe, la physionomie des malades, la configuration du crâne et de la face ont en quelque sorte un air de famille, qui ne laisse aucun doute sur la nature de l'affection. L'hydrocéphalie occupe soit les ventricules seuls, soit en même temps la cavité arachnoïdienne et est accompagnée ou non d'hydrocéphalie enkystée.

Ce groupe se divise en deux variétés suivant que l'hydrocéphalie est simple et sans malformation du cerveau ou compliquée de malformations ou de lésions, par exemple, l'absence de corps calleux ou des hémisphères cérébelleux, etc.

I. *Cas d'hydrocéphalie simple sans malformations.*

Nous possédons sept cas de cette variété; nous allons rapporter leur l'histoire en la faisant suivre, à l'occasion, de réflexions qui faciliteront les considérations générales qui termineront notre travail.

OBSERVATION I. — HYDROCÉPHALIE; ÉPILEPSIE PARTIELLE DU COTÉ DROIT; ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE; MORT.

SOMMAIRE. — *Père rhumatisant, attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche; excès alcooliques. — Grand-père paternel suicidé. — Mère nerveuse. — Un frère mort de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 16 ans. Émotion durant la grossesse. — Accouchement prématuré, — Circulaires du cordon, mais pas d'asphyxie. — Accidents nerveux de 5 à 6 mois. — Premières convulsions à huit mois, limitées à droite. — Parésie consécutive du côté droit. — Rougeole; ophtalmie. — Otites : surdité à gauche. — Augmentation des accès à 9 ans. Arrêt de développement du membre supérieur droit. — Gaucher. — Irritabilité. — Affaiblissement progressif de l'intelligence. — Suppression de l'écoulement auriculaire. — Suspension des accès.*

— Démence progressive. — État de mal épileptique; marche de la température; mort.

AUTOPSIE. — *Amincissement des os du crâne; — absence de synostose. — Hydrocéphalie ventriculaire. — Amincissement des parois ventriculaires. — Description du cerveau. — Lésions partielles de méningo-encéphalite. — Persistance du trou de Botal.*

Chev..., Auguste, né à Paris le 1er octobre 1870, est entré le 7 avril 1882, à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (24 mai 1882). — *Père*, serrurier, soldat pendant sept ans, marié à 32 ans, pas d'excès de boisson, rhumatisant, mort à 51 ans, en octobre 1874, d'une *hypertrophie du cœur*. Il avait eu plusieurs *attaques incomplètes de paralysie*, suivies d'une *attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche*. — [*Père*, ex-agent de police, s'est tué d'un coup de pistolet, ennuyé de s'entendre toujours reprocher son ancien métier par ses camarades. Il faisait quelques *excès de boisson*. — *Mère*, morte à 78 ans; elle n'était pas d'un tempérament nerveux. — Cinq *frères*, trois sont morts : un en naissant, un autre phtisique, le troisième on ne sait de quoi. Des deux survivants, l'un est atteint d'impaludisme, l'autre est bien portant.]

Mère, 43 ans, couturière, mariée à 16 ans, assez intelligente, sujette à des *douleurs névralgiques* du côté droit de la face. Elle est très impressionnable et pleure pour la moindre chose, surtout par les temps d'orage, après des contrariétés ou de mauvaises nouvelles. — [*Père*, mort d'une fluxion de poitrine; sobre. — *Mère*, morte à 82 ans, de vieillesse. — On n'a pas de renseignements sur les grands parents paternels et maternels. — Cinq *frères*, dont deux morts ; les trois autres sont bien portants, sans accidents nerveux. Ni aliénés, ni épileptiques, etc., dans la famille, soit d'un côté, soit de l'autre.

Pas de consanguinité. — Il y a 16 ans de différence entre le père et la mère du malade.

Sept *enfants*: 1° Fille, 24 ans, chanteuse dans un concert, intelligente et bien portante; — 2° fille morte à 11 ans d'une péritonite; elle était assez intelligente; — 3° garçon mort à 11 mois de *convulsions*; — 4° garçon, 17 ans, employé d'imprimerie, est d'une *intelligence médiocre*; — 5° fille morte à 7 mois de diarrhée; — 6° notre malade; — 7° fille, 5 ans, intelligente et bien portante.

Notre malade. — Le mari était déjà malade depuis longtemps au moment de la *conception*. — *Grossesse* bonne jusqu'à huit mois, époque où la mère a été fortement impressionnée à la suite de la perte de sa fille, âgée de 11 ans, morte au moment où elle l'embrassait. — L'*accouchement* s'est fait 20 ou 25 jours *avant terme*, naturel et rapide (2 heures). — *A la naissance*, l'enfant n'était pas cyanosé, bien qu'il eut deux circulaires du cordon autour du cou. — *Elevé au sein* jusqu'à quinze mois ; propre à un an, il a commencé à marcher à treize mois, à parler à 20 mois; toutefois, son élocution est restée difficile. A partir de 5 ou 6 mois, on remarqua qu'il devenait parfois tout pâle et semblait comme mort; cet état, qui durait une ou deux minutes, s'est répété 5 ou 6 fois par jour, jusqu'à huit mois (vertiges?). A cet âge apparurent les *premières convulsions localisées à droite*. Pendant cinq ou six jours, elles persistèrent dans le bras droit; la main était continuellement secouée ; les yeux d'abord normalement dirigés se convulsèrent le 3e ou le 4e jour. Ces convulsions des yeux ont duré cinq jours (?). Le bras et la jambe du côté gauche n'auraient rien présenté de particulier.

Lorsque Chev.., a commencé à marcher à 13 mois, on s'est aperçu qu'il avait une *faiblesse marquée du côté droit*: il trainait la jambe de ce côté et laissait tomber les objets saisis avec la main correspondante. A 14 ou 15 mois la faiblesse du bras et de la jambe augmenta.

La mère de Chev.., décrit ainsi les *accès*: Il tombait sur le côté, sans cri aigu, devenait pâle; les mains se crispaient, les yeux se convulsaient en haut; puis apparaissaient quelques secousses dans le bras et la jambe du côté droit seulement. Ni ronflement, ni écume, ni morsure de la langue. Tout en conservant sa connaissance (?), il était impossible à l'enfant de parler : sa langue était comme paralysée. Les accès se répétaient deux ou trois fois par mois, surtout par les temps orageux, et conservèrent jusqu'à neuf ans cette même fréquence. — A partir de cet âge, ils se multiplièrent et on en nota parfois huit en vingt-quatre heures. Il y aurait eu des rémissions de deux ou trois semaines.

Rougeole à deux ans; *otite* gauche à 2 ans 1/2, puis *ophtalmie* double qui dura cinq semaines; ensuite survint une deuxième *otite* qui persistait à l'entrée dans le service: l'écoulement sentait très mauvais. Il reste de la surdité de l'oreille gauche.

État actuel. — *Tête* normalement développée. *Crâne* ovoïde, symétrique; les bosses sont peu saillantes et mousses ; aplatissement de la région occipitale. — *Front* moyen, assez large, sans proéminence des bosses frontales, recouvert en haut et surtout au niveau des tempes par les cheveux. — Arcades orbitaires saillantes dans le tiers externe. Les *oreilles* sont appliquées sur le crâne, leur ourlet est régulier, leur lobule est arrondi ; la gauche semble un peu plus grande que la droite. [*Face* pleine et arrondie, asymétrique : quand il siffle, la bouche est déviée à gauche et la commissure de ce côté forme un pli plus marqué. — Les *yeux* ont leur saillie normale, les fentes palpébrales sont un peu obliques en dehors et en bas ; l'iris, est gris; les pupilles sont rétrécies, la gauche un peu moins que la droite. Dans la vision à une certaine distance, il semble qu'il y ait un léger *strabisme* convergent. — *Nez* large à sa racine, lobule arrondi et gros. — *Lèvres* moyennes. — *Bouche* un peu grande. — Plusieurs dents sont cariées. *Voûte palatine* normale. — *Menton* rond.

Cou un peu gros. — *Thorax* bien conformé, pas de déviation du *rachis*. — *Organes génitaux* normaux, pas d'onanisme.

Membres supérieurs. — A l'inspection, le membre droit paraît un peu moins gros, surtout la main. Il était autrefois plus faible à droite qu'à gauche, ce qu'on constatait au dynamomètre; depuis le mois de décembre 1886 cette différence a disparu. L'enfant était gaucher en temps ordinaire; depuis le mois de mai 1883, il s'est mieux servi de sa main droite.

	Droit.	Gauche.
Circonférence du bras à l'aisselle	25	26
— à 10 centim. au-dessus de l'olécrâne	22 1/2	23 1/2
— au-dessous de l'olécrâne	18 1/2	19
— au niveau du poignet	14 1/2	15
— au niveau du métacarpe	19	20
Distance de l'acromion à l'olécrâne	29	29
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde	22	23
— de celle-ci à l'extrémité du médius	17, 5	18

Membres inférieurs. — Ils ne présentent pas de grandes différences à la vue. Dans la *marche*, Ch... traine un peu le pied du côté droit, et le reporte un peu en dehors comme en fauchant. Il use plus son soulier droit que l'autre.

Respiration normale. — *Circulation* : le 1er bruit est très

sourd ; le second s'entend assez bien à la base. Pouls faible. — *Peau* brune, assez épaisse.

Vue normale. — *Ouïe :* les deux otites qu'il a eues à l'oreille gauche l'ont rendu sourd de cette oreille. Aujourd'hui, il entend le tic-tac d'une montre à 0^m30. — L'enfant est peu affectueux, très taquin, désobéissant, voleur ; souvent il frappe les enfants avec lesquels il joue.

1882. *Juillet.* — Chev... est moins méchant, il joue avec ses camarades, aide au service ; il est poli, obéissant, devient plus calme.

Août. — *Affaiblissement physique*, nonchalance après les accès.

7 *décembre.* — Il paraît qu'à la suite de chaque accès, il est comme *paralysé du côté droit* ; la paralysie persisterait pendant 15 à 20 minutes. Dans les accès, les *convulsions n'existeraient que dans les membres du côté droit*, tandis que le côté gauche reste immobile.

1883. 16 *mai.* — Série d'accès dans la journée, suivie de prostration.

1885. *Mars.* — L'enfant paraît s'alourdir ; il travaille toujours avec bonne volonté, mais est moins vif qu'autrefois. Il n'a plus d'accès, mais à mesure qu'il avance en âge, son intelligence baisse ; il faut lui répéter plusieurs fois la même chose, et encore répond-il de travers.

Juin. L'enfant a passé un bon mois, a été plus éveillé. On continue, malgré cela, à remarquer que l'intelligence s'affaiblit.

1886. — L'*écoulement de l'oreille gauche* est arrêté depuis 10 mois, époque à laquelle l'intelligence de l'enfant a baissé. Les accès deviennent plus fréquents. L'intelligence diminue de plus en plus. Ch.., est souvent endormi, ou reste ahuri sans comprendre ce qu'on lui a dit.

Décembre. — L'intelligence de l'enfant décline tellement qu'il ne cherche plus maintenant à se rendre utile. S'il le fait, c'est maladroitement et sans se rendre compte de ce qu'il fait.

Mensurations de la tête.

	1886	1887
Circonférence horizontale maxima	58	59 1/2
— bi-auriculaire	34	39
Distance de la racine du nez à l'articulation occipitale	»	35 1/2

Diamètre	antéro-postérieur	19.5	19
—	bi-auriculaire	12.7	12 1/2
—	bi-pariétal	16	16 1/2

1888. 10 *février*. — Ch... entre à l'infirmerie pour des *engelures* et des écorchures produites par ses souliers.

24 *février*. — Trois petits accès successifs le matin. Les accès augmentent de fréquence l'après-midi et atteignent le nombre total de 20. Dans la nuit du 24 au 25, il y a 17 accès.

25 *février*. — De 5 heures du matin à 9 heures, il y a 22 accès. *Traitement* : 1/4 de lavement de quinine, 1gr, 50 ; purgatif drastique ; lavement purgatif. Nuit du 26 au 27 février, pas d'accès de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

27 *février*. — Série d'accès. — Les convulsions sont toniques et *portent seulement sur le côté droit du corps*. Le malade est cyanosé ; les conjonctives injectées ; les pupilles égales et rétrécies. — Les voies respiratoires sont envahies par une bave épaisse, jaunâtre qui s'écoule de la bouche, et produit un gros râle trachéal. — *Traitement* : Lavement purgatif, lotions vinaigrées, sinapismes sur les cuisses ; sulf. de quin.

A trois heures de l'après-midi, l'enfant avait eu 15 accès depuis 6 heures du matin. De 6 heures du matin à 4 heures de l'après-midi, il a eu 19 accès. De 6 heures à 7 heures du soir, 2 accès. L'état comateux a *persisté tout le jour* sans retour de la connaissance. Ecume abondante, yeux déviés à gauche. L'enfant urine dans son lit, même dans l'intervalle des accès et à des périodes espacées. (Il n'avait jamais été gâteux). Total des accès : 21.

Du 27 au 28 *février*. — Il n'y a pas eu d'accès dans la nuit, pas de gâtisme, pas de pertes séminales (1), la prostration est moins prononcée. — *Traitement :* 3 gr. d'antipyrine, etc.

28 *février*. — Le malade a pu prendre un peu de lait à la cuiller ; quand on lui parle fort, il tourne un peu les yeux, mais n'a pas l'air de comprendre. A cinq heures, accès très court. Dans la journée du 28, il a bu un gobelet et demi de lait. — Etat demi-comateux. — Constipation malgré un lavement purgatif.

29 *février*. — Pas d'accès dans la nuit. A minuit, injection de 1 gr. d'antipyrine, — T. R. 41°, 5 ; — P. 170. ; — R. 58. — A 7 heures, eau de vie allemande, 30 gr. Pas de selles à 11 heures.

---

(1) Nous faisons noter, autant que nous le pouvons, les évacuations urinaires et fécales et, à l'occasion, séminales, qui surviennent durant les crises. Nous utiliserons un jour le résultat de ces observations (B.).

Le malade a la face dirigée à gauche, les yeux déviés du même côté et un peu en haut; les pupilles contractées. — La conjonctive oculaire gauche est injectée et la paupière de ce côté, couverte de mucosités. — *Nystagmus* transversal des deux yeux. — Les *pupilles* sont très peu contractiles. — La face est pâle, cyanosée, le nez pincé, effilé, les narines pulvérulentes. Les lèvres et la langue sont sèches, couvertes de mucosités assez abondantes. L'haleine est fétide. — Les oreilles sont un peu cyanosées. La peau est chaude, sèche. — Les membres supérieurs sont flasques, et demeurent immobiles, même quand on les pince fortement. Les membres inférieurs sont flasques, fléchis, le membre gauche retombe immédiatement tandis que le côté droit se maintient. — Mort à 11 h. 1/4. — Poids après décès : 47 kilog. 600. Aussitôt après la mort : T. R. 42°,2. — Deux heures après, T. R. 41°,5. — Trois heures après, T. R. 40°. — Quatre heures après, T. R. 37°.

AUTOPSIE — *Tête.* — *Cuir chevelu* peu épais, décoloré en avant où il y a cependant trois petites taches ecchymotiques, offrant une injection assez prononcée dans toute la partie postérieure. — *Crâne* : os peu épais. A l'inspection de la base du crâne, on constate que les saillies osseuses sont très prononcées et que les différents étages ont leur profondeur normale. — Voûte crânienne symétrique, très légèrement natiforme. Les sutures sont en général assez sinueuses sans traces d'os wormiens et parfaitement distinctes sur les deux faces de la calotte crânienne. — A la base, la *dure-mère* est injectée, les *sinus* sont pleins de sang, l'adhérence aux os est normale.

Lorsqu'on enlève le cerveau, il s'écoule une assez grande quantité de *liquide céphalo-rachidien* ; on en recueille 150 gr. Les *artères*, les *nerfs* et les différentes parties de la base de l'encéphale sont symétriques. — La *pie-mère* offre une vascularisation générale à la base et à la convexité. L'*espace interpédonculaire* est bombé, très aminci et se présente sous l'aspect d'un pseudo-kyste. Quand la *tige pituitaire* a été détachée, le *liquide céphalo-rachidien* est sorti en jet. En séparant les deux hémisphères, les *ventricules latéraux* apparaissent remplis de liquide céphalo-rachidien, et *très dilatés*. La dilatation est à peu près la même des deux côtés et porte sur les trois cornes. On recueille encore 240 gr. de liquide; en tout 390 gr. — Le *corps calleux* est moins épais que d'habitude. Les parois des deux hémisphères sont amincies, mais à un degré modéré. Voici les dimensions des ventricules latéraux, les mêmes d'ailleurs des deux côtés :

Largeur à la partie intérieure	8 c. 6	
à la partie extérieure	12	5
Hauteur à la partie intérieure	3	
— à la partie extérieure	4	
Profondeur en avant	2	1/2
— en arrière	3	1/2
Epaisseur de substance cérébrale au niveau du centre du ventricule	2	1/2
Epaisseur de la partie antérieure du ventricule ..	1	
Epaisseur de la partie postérieure — —	3	1/2

Les différentes faces ventriculaires sont comme lavées; les plexus choroïdes pâles. Les *circonvolutions de la face interne* des deux hémisphères sont un peu chagrinées. — Les *circonvolutions de la face convexe* ne présentent pas d'altérations macroscopiques. — La *pie-mère* non épaissie, si ce n'est au niveau des scissures de Sylvius, s'enlève facilement des deux côtés. — Les *corps striés*, les *couches optiques* ne présentent rien d'anormal, sauf que leur surface est fortement chagrinée, surtout à la partie antérieure du corps strié et à la partie postérieure des couches optiques. Le reste de la surface des ventricules est lisse.

Le *cervelet* est normal et bien conformé. — L'*aqueduc de Sylvius* est considérablement élargi, mais le quatrième *ventricule* n'est pas dilaté. Son épendyme est épaissi, dur, rugueux, grisâtre. Hauteur: 6 mil.; largeur: 7 mil.

Encéphale	1560 gr.
Hémisphère droit	590
— gauche	590
Cervelet et isthme	175
Hémisphère cérebelleux droit	70
— — gauche	70
Protubérance et bulbe	35

Description du cerveau. — *Hémisphère gauche.* — La *scissure* de *Sylvius* est normale et, à son premier tiers antérieur et inférieur, elle laisse à découvert la plus grande partie du lobule de l'insula. — Le *sillon* de *Rolando* profond, sinueux, prend son origine presque au fond de la scissure de Sylvius. La *scissure perpendiculaire externe* n'est séparée de la scissure interpariétale que par un très petit pli de passage en retrait allant du lobule pariétal supérieur à la première circonvolution occipitale.

Lobule orbitaire. — Le *gyrus rectus* paraît un peu maigre; la *scissure olfactive* est très profonde. — La 1ère circonvolu-

tion orbitaire, assez large, est très en retrait vers la branche interne de la scissure orbitaire. — L'incisure en H est assez bien conformée, profonde, mais sur sa branche externe, au-dessus de sa branche transverse, on trouve un pli de passage à niveau, interrompant sa continuité. La 2me circonvolution orbitaire est très sillonnée, normale, bien développée.

Face convexe. — *Lobe frontal.* Les *scissures parallèles frontales supérieure et inférieure* sont profondes ; la supérieure est interrompue, au-dessus de la scissure frontale supérieure, par un pli de passage un peu en retrait et marquée, allant de la 1re frontale à la frontale ascendante. — L'*inférieure*, qui atteint en bas la scissure de Sylvius, est interrompue par deux plis de passage, l'un assez large et profond, allant de la frontale ascendante à la 2me frontale ; l'autre très grêle allant du pied de la 3me frontale à la frontale ascendante. La *scissure frontale inférieure* est sinueuse, interrompue à la partie antérieure par 3 plis de passage à niveau, allant de la 2me frontale à la 3me. La *scissure frontale supérieure* est sinueuse, coupée à sa partie antérieure par plusieurs plis de passage à niveau, allant de la 1re à la 2me frontale.

La *première circonvolution frontale* est bien développée. La *deuxième* l'est encore plus et dédoublée à sa partie antérieure. Ces 2 circonvolutions sont assez sillonnées. La *troisième frontale* est moins volumineuse. Son pied est maigre et son corps est divisé à sa partie moyenne par un sillon profond allant de la scissure de Sylvius à la scissure frontale inférieure.

Lobe central. — La *circonvolution frontale ascendante* est assez grosse. — La *pariétale ascendante* est très développée et contrairement à la règle elle paraît plus large à sa partie supérieure qu'à sa partie inférieure.

Lobe pariétal. — Le *lobule pariétal supérieur* est bien développé. Il est séparé en avant de la pariétale ascendante par un sillon profond n'atteignant pas tout à fait en bas la scissure inter-pariétale. A cet endroit il existe un pli de passage à niveau allant du lobule pariétal supérieur à la pariétale ascendante. La scissure inter-pariétale commence en bas et en avant à un centimètre 1/2 au-dessus de la scissure de Sylvius ; à 2 centimètres en arrière de sa courbe, on trouve un rameau ascendant, profond et sinueux, partageant le lobule pariétal supérieur en deux parties à peu près égales. Un peu plus loin elle est interrompue par un pli de passage transversal, très large. Au-delà de ce pli de passage, elle continue sa marche

jusqu'au sillon occipital transverse. — Le *lobule pariétal inférieur* est assez découpé et bien développé. — Le *pli courbe*, irrégulier, est circonscrit en avant et en arrière par la scissure parallèle bifurquée. A sa partie supérieure et antérieure, on trouve un pli de passage assez maigre et en retrait allant au lobule pariétal inférieur.

Lobe occipital. — Il existe deux plis de passage allant l'une du lobule pariétal supérieur à la 1re circonvolution occipitale, l'autre du pli courbe à la seconde circonvolution occipitale. Les circonvolutions occipitales sont sinueuses et assez grosses.

Lobe temporal. — La 1re circonvolution temporale, assez bien développée, paraît normale à sa partie postérieure, mais à sa partie antérieure, elle est un peu en retrait et comme chagrinée. La *scissure parallèle* est très sinueuse, assez profonde, irrégulière, bifurquée à son extrémité postérieure. La 2me circonvolution temporale est également bien développée surtout à sa partie postérieure. Sa moitié antérieure est aussi un peu en retrait à certains endroits et est chagrinée. — La seconde scissure temporale est interrompue par des plis de passage allant de la seconde à la 3me temporale. La 3me temporale est relativement peu volumineuse et un peu en retrait. — L'*incisure préoccipitale* est très profonde; elle se prolonge jusqu'à la branche postérieure de la scissure parallèle qui circonscrit le pli courbe, séparant ainsi nettement le lobe occipital; elle n'est interrompue que vers son tiers inférieur par un petit pli de passage assez grèle. Il existe deux circonvolutions temporales transverses. Le *lobule de l'insula*, un peu *chagriné*, possède cinq digitations.

Face interne. — *Lobe occipital.* — La 1re circonvolution occipitale est assez volumineuse. — La 2me circonvolution occipitale, un peu en retrait, mais assez bien conformée, est également un peu chagrinée.

Lobe frontal. — La circonvolution frontale interne est bien développée, dédoublée dans sa plus grande partie, et envoie plusieurs plis de passage à niveau à la circonvolution du corps calleux et au lobule paracentral. — La *scissure calloso-marginale,* profonde, sinueuse, est interrompue à sa partie médiane par un pli de passage à niveau allant de la circonvolution du corps calleux au lobule paracentral. L'incisure préovalaire n'est pas complète et n'atteint pas la scissure calloso-marginale. Au niveau de la scissure fronto-pariétale, elle est

interrompue par un pli de passage à niveau, maigre, allant de la circonvolution du corps calleux au lobule paracentral.

Le *lobule paracentral*, peu développé, est divisé en deux parties par un sillon transverse profond.

La *circonvolution du corps calleux* est atrophiée et dans son ensemble chagrinée. Le *corps calleux* est atrophié lui-même dans toute son étendue. — Le *lobule quadrilatère* est assez volumineux, très sillonné; il existe une scissure sous-pariétale profonde et un pli pariéto-limbique postérieur. — La *scissure perpendiculaire interne* est très creuse. — Le *coin* est bien conformé. — La *scissure calcarine* est assez profonde, et peu sinueuse.

Hémisphère droit. — La *scissure de Sylvius* ne présente rien de particulier. — Le *lobule de l'insula* ne se trouve pas à découvert. — Le *sillon de Rolando* prend son origine dans la scissure de Sylvius; il est sinueux et profond. — La *scissure perpendiculaire externe* ne forme qu'encoche sur la convexité.

Lobule orbitaire. — Le *gyrus rectus* est assez bien développé mais sa surface est un peu chagrinée. — La scissure olfactive est profonde. — La *première circonvolution orbitaire* est un peu chagrinée, et a le même aspect que celle du côté gauche. — La *scissure en H* a également la même disposition qu'à gauche. — La *seconde circonvolution orbitaire*, assez grosse, est un peu chagrinée à sa partie postérieure.

La *scissure parallèle frontale supérieure* est interrompue par un pli de passage à niveau allant de la seconde frontale à la frontale ascendante. L'inférieure communique en haut avec la 1re scissure frontale par l'intermédiaire d'un sillon transverse profond. — La *scissure frontale inférieure*, un peu sinueuse, est interrompue à son tiers antérieur par deux plis de passage à niveau, assez grêles, allant du cap de la première frontale à la seconde frontale, elle communique entre le cap et le pied de la troisième frontale avec la scissure de Sylvius, par l'intermédiaire du rameau ascendant de cette dernière. La scissure frontale supérieure, assez profonde est interrompue dans son tiers antérieur par plusieurs plis de passage allant de la première à la seconde frontale.

La *première circonvolution frontale*, assez grosse, s'insère sur la frontale ascendante par deux plis de passage à niveau. — La *seconde circonvolution frontale*, très volumineuse, très sillonnée, s'insère à la frontale ascendante par deux plis de passage à niveau très grèles. — La *troisième frontale* est

bien développée surtout son cap. — Le cap et le pied de la 3e frontale paraissent atteints légèrement de *méningo-encéphalite*. — Les deux autres circonvolutions frontales sont *chagrinées* surtout à leur partie postérieure.

La *frontale ascendante* est assez grosse et sinueuse. — La *pariétale ascendante* est également assez bien développée ; elle est divisée à son quart supérieur par un sillon profond faisant communiquer le sillon de Rolando avec la scissure inter-pariétale. La partie située au-dessus de ce sillon transverse est un peu en retrait et chagrinée.

Lobe pariétal. — La *scissure inter-pariétale*, assez profonde, sinueuse, est interrompue vers le milieu de son trajet par un pli de passage à niveau, transversal ; il se continue au-delà jusqu'au sillon occipital transverse. — Le *lobule pariétal supérieur* est bien développé, trés découpé ; il en est de même du *lobule pariétal inférieur* qui, lui, paraît avoir été atteint de *méningo-encéphalite* superficielle. — Le *pli courbe*, normal, est circoncrit par deux sillons provenant de la scissure parallèle.

Lobe occipital. — Il est bien conformé dans toutes ses parties, scissures et circonvolutions.

Lobe temporal. — La *première* et la *seconde circonvolutions temporales*, présentent des traces de *méningo-encéphalite*, sont chagrinées mais assez bien développées. La seconde scissure temporale est divisée en plusieurs tronçons par deux plis de passage à niveau allant de la deuxième circonvolution temporale à la troisième. Ces deux plis de passage sont chagrinés de même que la troisième circonvolution temporale. — De l'incisure préoccipitale part un sillon profond et transverse remontant jusqu'à quelques millimètres de la scissure interpariétale et qui n'est interrompu vers sa partie médiane que par un petit pli de passage à niveau allant de la seconde temporale à la deuxième circonvolution occipitale.

Face interne. Lobe temporo-occipital. — Les deux circonvolutions temporo-occipitales sont très développées, sans pli de passage allant de l'une à l'autre.

Lobe frontal. — La *première circonvolution* est assez bien conformée. — La *scissure calloso-marginale* est interrompue par deux plis de passage à niveau, mais maigres, allant l'un de l'extrémité de la circonvolution frontale à la circonvolution du corps calleux, et l'autre du lobule paracentral à la même circonvolution. En avant du lobule paracentral, il existe un sillon prèovalaire complet. — La *circonvolution du corps calleux* est moyennement développée, un peu chagrinée, surtout dans

sa partie antérieure. — Le *lobule paracentral* est irrégulier, et présente en son milieu une incisure en Y dont la queue vient se perdre dans la scissure calloso-marginale.

Lobule quadrilatère. — Il est bien développé, possède une scissure sous-pariétale profonde en X. Il existe un pli de passage pariéto-limbique postérieur, et un pli de passage para-limbique postérieur. — La *scissure perpendiculaire* interne est très creuse. — Le *coin* est régulier. — La *scissure calcarine* ne présente rien de particulier.

Cou et *thorax.* — *Corps thyroïde*, environ 20 gr. — *Poumons* un peu hypérémiés, le gauche surtout. — *Poumon gauche*, 230 gr. — *Poumon droit*, 240 gr. — *Cœur*, 230 gr., en systole ; persistance oblique du *trou de Botal*. Les cavités cardiaques sont remplies de caillots et de sang noir. Les valvules des orifices auriculo-ventriculaires et artériels sont normales.

Abdomen — *Foie* hypérémié, 1315 gr. ; pas de calculs. — *Rein gauche*, 140 gr. — *Rein droit*, 121 gr. —

Nous devons signaler l'hérédité du côté paternel (attaques paralytiques répétées du père, mort hémiplégique, excès de boisson et suicide de grand-père paternel), les névralgies de la mère, la mort par convulsions d'un frère du malade, l'arriération intellectuelle d'un autre de ses frères. Comme ses frères, il a subi l'influence héréditaire d'autant plus qu'il paraît avoir été conçu alors que son père avait eu déjà des attaques paralytiques. Signalons une impression vive de sa mère au 8me mois de la grossesse, et l'accouchement 20 à 25 jours avant terme (1). Toutes ces circonstances pathologiques constituaient un terrain bien préparé pour l'éclosion d'accidents nerveux. Les renseignements sur l'apparition et l'évolution de l'hydrocéphalie font malheureusement défaut. Les accidents concomittants observés chez l'enfant peuvent se résumer ainsi : de 6 à 8 mois crises syncopales ; — à 8 mois convulsions intermittentes pendant 5 jours,

(1) La poche des eaux aurait percé deux heures après l'émotion éprouvée par la mère.

localisées à droite ; — à 13 mois affaiblissement paralytique remarqué dans le côté droit ; — accès épileptiques deux ou trois fois par mois jusqu'à neuf ans, puis augmentation de la fréquence des accès.

Durant le séjour de l'enfant dans le service, les accès compliqués de rares vertiges sont allés toujours en augmentant, ainsi que le montre le tableau ci-après :

Tableau des accès et des vertiges.

Mois.	1882		1883		1884		1885		1886		1887		1888	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	7	»	10	»	20	»	20	»	8	2	15	2
Février	—	—	15	»	9	»	17	»	19	»	8	»	140	
Mars	—	—	11	»	7	2	14	1	25	»	13	»		
Avril.........	1	»	10	»	3	»	16	»	10	3	8	»		
Mai	4	»	16	»	18	»	11	»	13	2	8	4		
Juin	12	»	15	»	8	»	15	»	15	»	11	1		
Juillet	7	»	17	»	11	»	25	2	11	3	16	3		
Août.........	10	»	20	»	18	»	24	2	12	»	14	»		
Septembre ..	12	»	7	»	16	»	16	4	12	»	21	1		
Octobre.....	13	»	18	»	10	»	13	»	12	»	28	»		
Novembre...	9	»	15	1	17	1	18	»	13	»	38	»		
Décembre...	11	»	9	»	15	1	15	»	19	2	39	1		
Total ..	79	»	160	1	142	4	204	9	181	10	212	12	155	2

De même qu'avant l'entrée, les convulsions étaient limitées à la moitié droite du corps, côté qui était incomplètement paralysé. Maintes fois après les crises, on a noté une augmentation temporaire de la paralysie. Sous l'influence de la répétition des accès, l'intelligence s'est progressivement affaiblie. On lui avait appris à épeler, à compter jusqu'à 100, à distinguer les couleurs, les surfaces, les solides, à faire de la gymnas-

tique, même à écrire, mais à la fin de 1887 ses connaissances avaient sensiblement diminué : la parole était devenue plus lente; dans les premiers temps il prenait plaisir à aider dans le service, peu à peu il est devenu maladroit et ne se rendait plus compte de ce qu'il faisait. Souvent, après ses crises, on avait remarqué qu'il devenait plus irritable, taquin et désobéissant. Ses sentiments affectifs étaient allés en diminuant.

Au mois de février 1888, il a été pris d'un *état de mal épileptique* qui a offert les caractères habituels et s'est terminé promptement par la mort. La température rectale a suivi comme d'ordinaire une élévation rapide ainsi qu'on le voit par le tableau ci-après.

26 février : *Matin*, 6 h. T. R. 38°, 6. — *Soir*, 6 h. T. R. 39°, 2.
27 février : *Matin*, 6 h. T. R. 36°, 2. — *Midi*, T. R. 40°.
— *Soir*, 6 h. T. R. 40°, 2. — *Minuit*, T. R. 39°, 8.
28 février : *Matin*. 6 h. T. R. 39°, 5. — *Midi*, T. R. 40°, 2.
— *Soir* 6 h. T. R. 41°, 8. — *Minuit*, T. R. 41°, 5.

Alors il s'est produit une chute de la température à 40°, 8 sous l'influence d'injections d'antypirine (de minuit à 6 heures du matin le 29 février), puis la température s'est élevée de nouveau pour atteindre 42°, 7 le jour de sa mort, le 29 février à 11 heures. Ainsi, que nous l'avons vu plus haut, la température du cadavre est descendue à 37°. Quand aux *accès* ils ont présenté la progression suivante durant le mois de février :

1er février	2	21 février	3
7 —	3	22 —	4
8 —	2	23 —	37
10 —	1	25 —	32
16 —	1	26 —	27
18 —	3	27 —	20
19 —	4	28 —	1

Soit au total 140 accès dont 117 en 4 jours, correspondant à l'*état de mal*. Chez cet enfant les accès ont

été *diurnes* et *nocturnes*, à peu près dans les mêmes proportions.

OBS. II.— HYDROCÉPHALIE SIMPLE. — ECTOPIE DU RECTUM.

SOMMAIRE. — *Père, rhumatisant, un peu alcoolique. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Mère, rhumatisante, nerveuse. — Trois tantes maternelles, mortes de convulsions. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans. — Frère aîné, convulsions internes.*

Grossesse tourmentée par des accès de colère et de jalousie. — A la naissance, tête ordinaire. — A 6 mois, début du grossissement de la tête. — A 14 mois, tête volumineuse. — Faiblesse de la jambe droite. — Début de la parole à 15 mois, de la marche à 2 ans 1/2; marche seul à 8 ans. Déviation du pied droit à 7 ans. — Placement à l'Asile Clinique à 8 ans. — Rougeole à 7 ans 1/2. — Première dent à un an. — Soudure des fontanelles à 8 ans. — Marche de plus en plus difficile. — Onychophagie. — Rubéole à 11 ans. — Broncho-pneumonie. Mort.

AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère. — Dilatation ventriculaire, prédominant dans les cornes frontales, sphénoïdales, plus prononcée à droite qu'à gauche. — Liquide céphalo-rachidien, 120 gr. — Ectopie du rectum.*

Cœur... (Marcellin Jules), né le 21 janvier 1876, est entré le 5 avril 1886, à Bicêtre (Service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (Renseignements fournis par le père et la mère de l'enfant). — *Père*, 46 ans, tonnelier, assez grand, fort, marié à 23 ans. Rhumatisme articulaire à 44 ans, ayant nécessité un séjour de deux semaines au lit. Aucun autre antécédent morbide, ni syphilis, ni dermatose, ni trouble nerveux quelconque; rares excès alcooliques : il rentre cinq ou six fois ivre dans l'année.

[*Famille du père : Père*, mort on ne sait de quoi à 45 ans, cultivateur, excès alcooliques. — *Mère*, morte à 52 ans, hydropique (?), ni alcoolique, ni accidents neuro-arthritiques. — *Grand-père paternel*, sobre, mort très âgé. — Aucun renseignement sur la *grand'mère paternelle* et les *grands-parents maternels*. — Un *frère* et une *sœur* bien portants.]

Mère, 43 ans, autrefois domestique, grande, forte, brune, physionomie régulière, mais traits assez grossiers. Rhumatisme

articulaire aigu généralisé à 32 ans. Aucun accident nerveux sauf deux ou trois syncopes ; assez colèreuse, mariée à 23 ans.

[*Famille de la mère* : *Père*, mort à 52 ans des suites d'un traumatisme grave du genou, garde dans un château, il cultivait la terre, était sobre, et bien portant.— *Mère*, morte à 65 ans après deux mois d'une maladie restée inconnue. Bien portante auparavant. Aucun accident neuro-arthritique. Pas de renseignements sur les *grands-parents*. Quatre *frères* : deux sont morts en bas âge ??.. — Un vit, célibataire, sobre; un autre est asthmatique et a de nombreux enfants bien portants. — Trois *demi-sœurs* (de mère) mortes jeunes de « *convulsions* ». — Dans le reste de la famille aucune tare pathologique connue.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de trois ans.

Trois *enfants* : 1° *Garçon*, 21 ans, bien portant, aurait eu dans son enfance une dizaine de fois des «*convulsions internes* durant de deux à trois minutes». Il est actuellement colporteur, aurait une bonne conduite et n'aurait jamais été malade. — *Fille*, 17 ans, couturière, grande, intelligente, bonne conduite.

3° *Notre malade*. Rien de particulier à la *conception*. Durant la *grossesse*, la mère accuse de fréquents accès de colère contre son mari. L'*accouchement* eut lieu à terme et fut normal. *A la naissance*, l'enfant était bien portant et vigoureux, sa tête n'était pas volumineuse, il la tenait droite et on lui mettait facilement les petits bonnets qui avaient servi à son frère. Mis en nourrice, il fut alimenté au lait de vache. Il n'aurait pas eu d'accidents jusqu'à six mois. La nourrice prétendit même qu'il n'avait pas eu de convulsions. A six mois, la tête commence à grossir et l'on constate que l'enfant a les yeux fortement portés en haut, de sorte que l'on n'en voit que le blanc. Ce *strabisme* fut attribué à ce qu'une pendule placée au-dessus du berceau de l'enfant attirait ses regards par les oscillations de son balancier. A part cela, la santé de l'enfant était parfaite, son corps était normalement développé et sa tête, bien que volumineuse, se tenait bien.

Cœur.. fut changé de gardienne, mis à la campagne, et nourri avec du lait de vache. On chercha à le guérir de son *strabisme* en attirant en bas ses regards au moyen d'un objet brillant, mais on n'y parvint que très incomplètement. Revu à 14 mois par ses parents, sa tête avait encore grossi et la calotte qui lui servait de coiffure avait 65 centimètres de tour. La nourrice aurait constaté vers 10 mois de légères *convulsions*

assez fréquentes, sur lesquelles il est impossible actuellement d'obtenir des détails. C..... ne marchait pas à 14 mois, *la jambe droite semblait plus faible que la gauche*, sans qu'il y eut toutefois de déviation du pied. Il parlait presqu'aussi bien qu'aujourd'hui. Repris alors par ses parents, sa mère nous dit qu'elle ne constata jamais de convulsions, qu'il commença à marcher, tenu par les mains, à un an $^1/_2$, qu'à 3 ans, il se promenait seul dans les rues. A 7 ans, son *pied droit* commença à se tourner et comme, il ne pouvait plus marcher, sa mère, à 9 ans, le conduisit à l'Asile Clinique. L'été dernier, elle le retira durant trois mois, mais dut le replacer. L'enfant aurait eu la rougeole et une fièvre (?) durant son séjour à l'Asile Clinique.

La *parole* était alors presque nulle ; il était gâteux pour les urines seulement, mangeait seul avec la cuillère et la fourchette. On ne lui donnait pas de couteau, car, à la suite du récit d'un suicide on crut remarquer qu'il tentait de se couper le cou *(?)*. L'enfant n'a jusqu'alors fait preuve d'aucune attention. Vers 7 ans, il avait la manie de tout déchirer avec les dents, mais actuellement, il ne casse ni ne déchire rien. Ni glouton, ni gourmand, ni salace, il mâchait mal ses aliments à cause de sa mauvaise dentition. La première dent parut à un an, les autres n'ont poussé que très lentement surtout celles de devant qui n'étaient pas visibles à 2 ans et demi. Il n'avait jamais été malade chez ses parents, parfois cependant il se plaignait de sifflements dans les oreilles. Doux, tranquille, obéissant, affectueux pour ses parents, il aimait les animaux surtout les chevaux, jouait à la poupée et essayait de coudre. Il ne présentait pas de tics, ni de tremblements en temps ordinaire, mais, quand il riait, ses bras et ses jambes étaient secoués par une sorte de tremblement convulsif.

Sa mère ne sait à quoi attribuer sa maladie. Ses *fontanelles*, d'après elle, ne se seraient fermées qu'à 8 ans. Son état intellectuel serait actuellement stationnaire ; sa sœur a en vain cherché à lui apprendre à lire. La déviation du pied droit, qui s'accroit de plus en plus, a été la cause déterminante de son placement à Bicêtre.

État actuel (Avril 1886). — *Tête* énorme (Voir p. 196), paraissant symétrique. Occiput très proéminent, bosses frontales et pariétales très développées. Front très saillant. Pas de trace de fontanelles. *Face* masquée par le front; arcades sourcilières déprimées; apophyses malaires peu saillantes. *Nez* camard, un peu retroussé. Sourcils noirs et peu fournis. Cils

longs et noirs. Rien de particulier à noter du côté des yeux; Iris brun jaunâtre, pupilles égales, pas de strabisme, ni de paralysie oculaire; la vue paraît normale (?). Lèvres charnues. Bouche petite, voûte palatine un peu ogivale, dentition normale et assez régulière. Menton peu développé. A noter une légère asymétrie faciale causée par l'abaissement léger de la commissure labiale gauche et l'exagération du pli naso-génien de ce côté. — *Oreilles* placées très bas, petites, bien ourlées mais à lobule adhérent.

Cou court et grêle. *Thorax* bien constitué à tissu cellulo-adipeux très développé formant de véritables mamelles à l'enfant. — *Colonne vertébrale* rectiligne, avec une très légère inclinaison en avant, due à une attitude vicieuse de l'enfant. — *Ventre* assez volumineux, adipeux, la peau formant des bourrelets.

Bras égaux et symétriques ainsi que les mains qui sont potelées; doigts en fuseaux, ongles rongés (Onychophagie). — *Membres inférieurs* symétriques, assez bien constitués, pieds plats surtout à gauche.— *Motilité* des membres supérieurs normale. — *Marche* défectueuse. L'enfant incline à droite et à gauche le pied droit dans une légère adduction. La *fig.* 43 donne une idée très exacte de la *physionomie*, de l'*attitude* générale de l'enfant et en particulier de celle, très curieuse, des membres inférieurs.

La *sensibilité* sensitivo-sensorielle semble normale, il en est de même des *réflexes rotuliens*. — Rien de particulier aux organes de la *respiration*, de la *circulation* et de la *digestion*. — *Peau* blanche, *nœvus* pigmentaire peu volumineux au bras gauche. — Cheveux châtains clairs, bien implantés. Léger duvet clair à la lèvre supérieure, aisselles glabres.

Organes génitaux : Pénil glabre. Verge : long. 35 millimètres; circonférence, 35 millimètres. Léger phimosis, gland découvrable, méat normal, testicule gauche de la grosseur d'un gros pois. Le droit n'est pas encore descendu.

1886. 16 *juin*. — L'enfant est pris à 9 heures du matin d'accès *épileptiformes*. Au premier accès, il a vomi son déjeuner du matin. Ces accès se sont répétés sept fois ; ils ont eu nettement le caractère des accès épileptiformes.

18 *juin*. — L'enfant est complètement remis de ses accès qui ne se sont pas renouvelés jusqu'à la mort.

28 *juillet*. — *Puberté*. Aisselles et pénil glabres. Léger duvet à la lèvre supérieure. Verge : circonférence, 45 millimètres, longueur, 32 millimètres; phimosis, gland assez difficilement

découvrable. Le testicule droit n'est pas descendu, le gauche est du volume d'une grosse olive.

État mental de l'enfant (avril 1886). Le fonctionnement des sens paraît normal. L'enfant s'exprime assez bien, il n'est ni vorace, ni salace. Il se balance fréquemment d'avant en arrière, tourne aussi la tête de droite à gauche et se met fréquemment, en tournant la tête, les index dans les oreilles. Il paraît posséder toutes les sensations organiques, mais est fréquemment gâteux surtout au lit.

L'*attention* spontanée se manifeste assez facilement chez lui ; toutefois l'attention commandée est faible, c'est ainsi qu'il paraît ennuyé quand on lui parle et qu'on veut le faire causer. Il ne réfléchit que fort peu avant d'agir et paraît assez paresseux. — Les *instincts* sont assez développés, surtout celui de la conservation. Il repousse les enfants qui le bousculent en les appelant « cochons ». Il dort bien, son besoin d'activité musculaire, malgré la diplégie dont il est atteint, se manifeste par les tics coordonnés que nous avons signalés plus haut. Ses instincts *sexuels* se manifestent par l'onanisme nocturne fréquent, jamais diurne.

Les *sentiments affectifs* sont très développés chez lui. Il aime ceux qui s'occupent de lui et est le plus souvent gai ; il pousse des cris de joie et répète fréquemment : « Je suis content. » — Les *sentiments sociaux* et *moraux* n'existent pas. — Les *sentiments esthétiques* sont rudimentaires, il aime cependant à entendre chanter et accompagne de son balancement antéro-postérieur le rythme des chansons.

Le manque de notions suffisantes sur le monde extérieur fait que son langage est rudimentaire. Nous avons déjà signalé la faiblesse de sa volonté. Il n'a pas de personnalité et ne jouit d'autre part d'aucune responsabilité.

Durant son séjour à Bicêtre, l'enfant. atteint de fréquentes *maladies intercurrentes*, ne put recueillir les bénéfices de l'éducation spéciale donnée aux enfants arriérés. Son état avait au contraire tendance à s'aggraver, c'est ainsi qu'il devint gâteux et que sa marche fut de plus en plus défectueuse.

	1886	1888		1889	
		Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids	28 k. 500	24 k.	27 k. 300	25 k. 900	26 k.
Taille	1 m. 17	1 m. 22	1 m. 22	1 m. 22	1 m. 26

1887. — Durant cette année l'enfant a fait de nombreux séjours à l'infirmerie pour y être soigné de plaies qu'il se faisait à la tête. On a constaté aussi, durant cette année, que *la marche devenait de plus en plus défectueuse* et *que le pied droit se déviait franchement en varus.*

1888. — Aucune modification notable de l'état de l'enfant pendant cette année.

1889. *Mars.* — Éruption *rubéolique* avec engorgement ganglionnaire et angine érythémateuse. La maladie dura une semaine. La température atteignit 40°, 2 le second jour, et retomba progressivement jusqu'à la normale. La maladie ne fut pas suivie de desquamation.

Mai. — *Conjonctivite* purulente guérie en quelques jours, sans lésions consécutives.

12 *octobre.* — *Puberté* : Visage, aisselles glabres. Quelques rares poils noirs au scrotum. Verge : longueur, 37 millimètres. Circonférence, 50 millimètres. Prépuce long. Gland découvrable. Testicules égaux, à la racine des bourses, du volume d'un œuf de moineau.

22 *novembre.* — L'enfant entre à l'infirmerie présentant les symptômes d'une *broncho-pneumonie* gauche (matité à la base, râles nombreux, aux deux temps de la respiration, souffle rude), toux quinteuse. *Soir :* T.R. 38°.

25 *novembre.* — Toux plus fréquente. Dyspnée. Céphalalgie et rachialgie. Pas de modifications stéthoscopiques. *Soir :* T.R. 37°, 6.

27 *novembre.* — État stationnaire. *Matin :* T.R. 37°, 8. — *Soir* : 38°, 5.

30 *novembre.* — Aggravation notable, le malade ne peut prendre que du bouillon et du lait. *Matin :* T.R. 39°. — *Soir* : 39°, 2.

2 *décembre.* — Dyspnée très intense. T.R. 40°. — L'enfant meurt à 8 heures 1/4.

Mensurations de la tête.

	1886	1888 Juil.	1889 Juil.
Circonférence horizontale maxima	600	620	625
Demi-circonférence bi-auriculaire........	420	460	465
Distance de l'articul. occipito-atloïdienne à la racine du nez	»	445	445
Diamètre antéro-postérieur maximum	198	200	205
— bi-pariétal	180	184	186
— bi-auriculaire	»	133	1200

AUTOPSIE faite le 3 décembre 1889, 24 heures après le décès. Rigidité cadavérique prononcée. Le pied droit est en varus équin prononcé.

Tête. — A l'ouverture du crâne, une fois la calotte enlevée, le cerveau s'affaisse comme une *poche*. L'affaissement des hémisphères cérébraux existait avant l'ouverture de la dure-mère, sans que l'on ait donné d'issue au liquide. — La *dure-mère*, adhérente au crâne, présente aussi de nombreuses adhérences avec la pie-mère. Elle est plus épaisse qu'à l'état normal. — Le *crâne*, assez mince, surtout au niveau de la bosse frontale droite, est presque partout transparent. Dans son ensemble il est brachycéphale à un degré très accusé; les deux bosses frontales forment une saillie très nette, plus accusée à gauche. La région occipitale, au lieu d'être arrondie, est aplatie. La moitié gauche de cette région est notablement déprimée par rapport à la droite (plagiocéphalie). — Les *sutures* sont toutes fermées, sauf la partie postérieure de la sagittale dont les dentelures sont détachées. — Il n'y aucune trace de *synostose*, tant à la face interne qu'à la face externe. Il existe sur la branche droite de la suture un os wormien de 36 millimètres sur 10 à 15 millimètres, perpendiculaire à cette suture; sur le côté gauche, il existe un os wormien de 30 millimètres sur 7 à 8 millimètres, disposé dans le sens même de la suture, qui, des deux côtés, est très sinueuse, il n'y a plus de trace des fontanelles. La *base du crâne*, d'aspect normal, est légèrement asymétrique, car la fosse occipitale droite est notablement plus développée que la gauche. — Les *nerfs* et les *vaisseaux* de la base du crâne sont normaux. — Les *ventricules latéraux*, dilatés, forment de véritables poches surtout dans les cornes frontale et sphénoïdale droites. Les cornes occipitales sont peu dilatées et, à leur niveau, les circonvolutions sont fermes, tandis qu'elles sont ramollies sur le reste du cerveau et offrent des plaques laiteuses au niveau des régions sylviennes.

Poids total de l'encéphale	1.180 gr.
Hémisphère cérébral droit	460 gr.
— — gauche	470 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	60 gr.
— — gauche	60 gr.
Cervelet	120 gr.
Bulbe et protubérance	10 gr.
Liquide céphalo-rachidien	120 gr.

Les ventricules ont un aspect chagriné caractéristique. — Le *corps calleux* est excessivement mince.

Hémisphère droit. — *Face externe.* — La scissure de Sylvius parait normale, mais ses lèvres sont écartées et laissent apparaître l'insula qui fait saillie à cause de la dilatation ventriculaire. — Le *lobe frontal* offre des sillons peu profonds, les circonvolutions assez contournées sont aplaties. — Des adhérences existent au niveau de la partie postérieure des trois circonvolutions frontales. — F. A. est très aplatie et très mince, elle se laisse déprimer au toucher comme une balle de caoutchouc. — Le sillon de Rolando qui la borne en arrière est fort mince. — *Lobe pariétal :* la frontale ascendante très large, a à peu près les mêmes caractères que F. A., est coupée à sa partie moyenne par un sillon, ce qui lui donne plus l'aspect d'un lobule que d'une circonvolution. Les lobules pariétaux ont des caractères analogues. Le pli courbe ne présente rien de particulier. — Le *lobe temporal* est sillonné de scissures plus profondes, la dilatation ventriculaire étant moindre à son niveau. T^1 a des traces d'adhérences à son bord sylvien T^2 et T^3 ont un aspect normal. — Le *lobe temporo-sphénoïdal* est assez aminci et la circonvolution de l'hippocampe est réduite à une simple membrane. — Le *lobe occipital* parait absolument sain.

Face interne. — Elle est très altérée, des adhérences nombreuses, l'amincissement considérable du corps calleux et de sa circonvolution rendent la distinction de ses régions impossible, jusqu'au niveau du coin, un peu aminci à son sommet. A la partie moyenne des ventricules, la *couche optique* et le *corps strié* forment une légère éminence mamelonnée.

Cou. — *Larynx.* normal. — *Corps thyroïde* (5 gr.).

Thorax. — *Poumon* gauche (270 gr.), hépatisation rouge à la base ; bronches remplies de pus. — *Poumon* droit (170 gr.); quelques adhérences pleurales à la base. — Rudiment de *thymus.* — *Cœur* (120 gr.), rien de particulier.

Abdomen. — *Foie* (750 gr.), gras, avec de nombreux foyers de stéatose .— *Pancréas* (40 gr.); — *Rate* (70 gr.); — *Rein* gauche (70 gr.), droit (65 gr.), pas de lésions appréciables. — Le *rectum au lieu de se trouver à gauche est complètement situé à droite.* — *Vessie,* normale.

Hémisphère gauche. — La *face externe* du cerveau est à gauche moins altérée qu'à droite. La scissure de Sylvius l'insula ont à peu près l'aspect normal. F^1 et F^2 sont aplaties et amincies à leur moitié postérieure. F^3 est bien conformée. Le sillon de Rolando est accusé et net. F A et PA, bien qu'un

peu aplaties n'ont rien de particulier. — Les *lobules pariétaux*, le *pli courbe*, le *lobe temporal* ont leur aspect ordinaire.



Fig. 42. — Elle représente le crâne de Cœur.., réduit de 178 mm. à 88 mm. dans son diamètre bi-pariétal pris pour terme de comparaison. La circonférence est réduite de 595 mm. à 290 mm.

face interne offre un amincissement considérable du corps

calleux et de sa circonvolution. La circonvolution de l'hippocampe est très amincie. — La F[1] porte les traces de quelques adhérences. L'avant-coin, le coin sont bien limités sans altération notable. Les *ganglions centraux* offrent un volume plus considérable que ceux du côté droit. En un mot la dilatation ventriculaire étant moins accentuée à gauche qu'à droite, l'hémisphère gauche est moins altéré dans sa morphologie.

Le *cervelet*, la *protubérance*, le *bulbe*, la *moelle* n'offrent macroscopiquement rien de particulier tant à gauche qu'à droite.

Nous n'avons à relever dans les *antécédents héréditaires* que l'*arthritisme* et plusieurs cas de *convulsions* chez des tantes maternelles. Son frère aurait eu des *convulsions* répétées.

Normale à la naissance, la tête n'aurait commencé à grossir qu'à l'âge de six mois, sans convulsions préliminaires (?), mais avec accompagnement de *strabisme*, attribué d'ailleurs à une cause accidentelle et que, plus tard, on a essayé de corriger. Quatre mois après le début de l'accroissement de la tête sont survenues des *convulsions* légères (?), qui se seraient répétées. A 14 mois, on note un *affaiblissement de la jambe droite*, qui, ultérieurement, à 7 ans, se compliqua d'une déviation du pied. A tous les égards, il y avait un arrêt de développement : marche à trois ans, parole presque nulle, attention difficile à fixer, mastication défectueuse, manie de déchirer avec les dents, dentition et descente de l'un des testicules tardives ; occlusion des fontanelles à 8 ans *(Fig. 43)*.

En 1886, l'enfant eut une série d'*accès épileptiformes* qui ne se renouvela pas jusqu'à sa mort, en décembre 1889. La *paralysie* s'aggrave peu à peu et le pied droit se déforme davantage *(pied bot varus)*.

Mentionnons la multiplicité des maladies intercurrentes et, entre autres, la *conjonctivite purulente*.



Fig. 43. — Aspect et attitude de Cœur...

et, rappelons que l'autopsie a fait constater, outre les lésions de l'hydrocéphalie, une *ectopie du rectum*.

OBS. III. — HYDROCÉPHALIE VENTRICULAIRE.

SOMMAIRE. — *Père, absinthique. — Arrière-grand-père paternel, buveur. — Deux oncles paternels, morts subitement. — Un cousin paternel, alcoolique et aliéné. Une tante paternelle, imbécile. — Mère, migraineuse. Grand'mère maternelle, gastralgique. — Arrière-grand'mère maternelle, sujette à des attaques syncopales. — Grande tante maternelle, tuberculeuse. — Tante maternelle, tuberculeuse. — Autre tante maternelle, crises de nerfs et paraplégie passagère. — Autre tante maternelle, attaques convulsives avec aura. — Un frère, méningite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge,* 3 *ans* 1/2.

Grossesse : frayeur à un mois, émotions à 2 mois. — Ophtalmie à la naissance, cécité. Convulsions à 5 mois. Début de l'hydrocéphalie à la même époque. Contractures des jambes et des bras. — Etat actuel : plagiocéphalie, persistance des fontanelles. Cyphose. Cryptorchidie. Mensurations du crâne. Amaigrissement. broncho-pneumonie, mort.

AUTOPSIE. — *État du crâne : persistance des fontanelles, synostose partielle des sutures. État vésiculeux du cerveau. Lésions de broncho-pneumonie. Congestion du foie. Calculs rénaux.*

Ess... (Louis Alexandre), né le ...., est entré le 28 octobre 1892, à Bicêtre (Service de M. BOURNEVILLE), atteint d'hydrocéphalie chronique.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère, le 5 novembre 1892). — *Père*, 39 ans, boulanger, puis concierge, n'a jamais eu d'accidents nerveux, ni arthritiques. Pas de dermatoses, ni de syphilis probable. Il boit plusieurs *absinthes* par jour, mais ne s'enivre jamais. Bien constitué physiquement, il est d'ordinaire vif et emporté. [*Père*, boulanger, mort à 68 ans, en deux ou trois jours. Sobre, calme, habitant la campagne (Isère,) il avait dû cesser son métier, ne pouvant à la suite de douleurs se servir d'une jambe. — *Mère*, morte à 77 ans de pneumonie ; depuis longtemps elle souffrait de douleurs lombaires, n'avait pas l'air nerveuse. — Aucun renseignement sur les *grands-parents paternels*. — Le *grand-père maternel*, mort à 80 ans, aurait été un grand buveur. — Deux *oncles paternels* seraient morts subitement. — Deux *oncles maternels* sont morts : l'un ivrogne, laissant un *fils*, actuellement âgé de 40 ans, devenu *aliéné*

à la suite *d'excès alcooliques* et interné dans un asile du département de la Seine *(?)*. Trois *tantes maternelles* vivent ; l'une d'elles, 60 ans, est placé à l'hospice de Bourgoin (Isère), devenue *imbécile* à la suite d'une fièvre typhoïde. — Trois *sœurs* mariées, en bonne santé ainsi que leurs enfants. — Aucune autre tare neuro-arthritique, psychique, etc., dans le reste de la famille du père.]

Mère, 36 ans, cuisinière, puis concierge, est *migraineuse*, sujette aux esquinancies et à la blépharite ciliaire, elle fut prise vers 29 ans d'hémoptysies avec aphonie et amaigrissement considérable. Cet appareil symptomatique a disparu, sans qu'un trouble quelconque se soit manifesté durant la grossesse. Actuellement la mère est forte, vigoureuse, nie tout accident nerveux et tout excès alcoolique. [*Père*, marchand ambulant, mort par accident à 80 ans, était très sobre et s'était toujours bien porté. — *Mère*, 78 ans, est gastralgique depuis 7 ans, et était parfois sujette à de fortes coliques ; aucun accident nerveux. — Pas de renseignements sur les *grands-parents paternels*, morts assez jeunes. *Grand-père maternel*, mort à 80 ans d'accident. — *Grand'mère maternelle*, morte à 82 ans, avait eu dans les deux ou trois dernières années de sa vie de petites *attaques syncopales* (probablement symptomatiques de thrombose cérébrale). — Trois *oncles paternels*, morts assez âgés, on ne sait de quoi. — Une *tante maternelle*, morte à 38 ans, probablement *tuberculeuse*, a eu une fille morte *tuberculeuse*. — Cinq *frères*, dont *deux morts* d'affections aiguës ; les trois *survivants* sont sobres, bien portants, un de ces derniers a 14 enfants, dont 12 sont vivants et *sans accidents nerveux*, les deux autres sont morts jeunes. — Trois *sœurs* : une est morte *tuberculeuse* à 30 ans ; une autre qui avait eu, étant jeune, des *crises de nerfs*, mourut à 25 ans à la suite de mauvaises couches. Elle resta à leur suite, 18 mois *paraplégique*. Un médecin aurait parlé de maladie de cœur. La *dernière sœur*, qui est vivante, est rhumatisante, un de ses enfants aurait des *attaques convulsives* avec aura ; un médecin témoin de ces crises a prétendu que ce n'était pas de l'épilepsie. — Aucun autre accident pathologique dans le reste de la famille de la mère.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans et demi.

Trois enfants : 1° *fille*, morte à 5 ans d'une maladie aiguë, intelligente, pas de convulsions ; — 2° *garçon*, 6 ans 1/2, intelligent, bien portant, aurait été atteint de *méningite* (?)

à 4 ans. Il n'aurait néanmoins jamais eu de convulsions et sa maladie n'a pas laissé de traces.

3° *Notre malade.* Rien de particulier à la *conception.* — Au premier mois de la *grossesse, frayeur* produite par un cul-de-jatte, la mère se figura que son enfant n'aurait ni bras ni jambes. Au second mois, *émotions* violentes et fatigues causées par la nouvelle de la maladie de son autre enfant et le long voyage qu'elle fut obligée de faire pour l'aller voir. Aucun accident au cours des autres mois, mais *émotions* fréquentes dûes aux cris poussés par les opérés, la mère étant cuisinière de la clinique de M. de Wecker. — *Accouchement* normal, à terme, après 2 heures de grandes douleurs sans anesthésique, ni ergot, ni intervention obstétricale quelconque.

A la naissance, l'enfant était beau, paraissait régulièrement conformé, n'avait pas de circulaire du cordon, n'était pas asphyxié. Allaité au sein maternel jusqu'à trois mois, il est alors envoyé en nourrice, où il est encore allaité au sein. Il fut sevré à 15 mois. Il n'a pas de dents, ne marche, ni ne parle. — A 5 mois, *convulsions* : ni paralysie, ni contractures consécutives. La nourrice ne donne aucun détail sur ces couvulsions, mais prétend que l'*hydrocéphalie* date de cette époque. La nourrice écrivit encore trois fois que l'enfant avait eu des *convulsions* sans autres détails. La mère n'en a jamais constaté elle-même. En même temps la tête grossissait et « le corps, selon l'expression de la nourrice, ne profitait pas. » Un médecin diagnostiqua l'hydrocéphalie. Retiré à 20 mois de nourrice, la mère, outre son hydrocéphalie, remarqua à ce moment la *contracture* des jambes et des bras qui, depuis, aurait diminué.

L'enfant n'a jamais vu. Lors de sa naissance, il fut atteint d'une ophtalmie, que M. de Wecker soigna sans remarquer de lésion oculaire. Il n'a pas eu de maladie infectieuse, n'a jamais été vacciné. La respiration est régulière, la digestion bonne, bien qu'accompagnée ordinairement de diarrhée. Pas de vers intestinaux. Aucune observation sur son état intellectuel, la vie de l'enfant étant purement végétative.

État actuel (31 octobre 1892). Visage peu coloré, pâle ordinairement, mais sujet à des poussées congestives qui le rendent parfois très coloré et même cyanosé. Adiposité assez considérable. Expression douloureuse, l'enfant gémit du reste presque continuellement. Cheveux châtains assez rares, bien implantés.

Crâne très volumineux, sensiblement asymétrique, déprimé en arrière et formant en avant une saillie dont le centre est fluctuant (fontanelle antérieure). Bosses pariétales assez développées, la droite un peu plus volumineuse que la gauche. Bosses frontales assez saillantes, la gauche un peu plus volumineuse que la droite (plagiocéphalie). La *fontanelle antérieure*, au point le plus saillant de la tête, a 74 millimètres de longueur sur 77 millimètres de largeur, ses dimensions obliques sont de 55 millimètres environ. — La *fontanelle postérieure* forme un petit triangle ayant une hauteur de 25 millimètres en apparence. Elle n'est pas saillante, mais se laisse déprimer. Lorsque l'enfant crie, on la sent nettement vibrer sous les doigts, phénomène qui ne se produit pas au niveau de la fontanelle antérieure. A la palpation, on sent la suture métopique et la suture sagittale. Le front, haut de 7 centimètres, offre 10 centimètres d'une bosse frontale à l'autre.

Face. Visage ovoïde ; arcades sourcillières déprimées. Fentes palpébrales petites (22 mm.), paupières supérieures tendues et déprimées, garnies de cils bien implantés et assez longs. Paupières inférieures un peu saillantes avec cils rares assez bien implantés ; légère exophthalmie. Motilité des yeux en tous sens et synergique, mais l'enfant regarde généralement en bas de sorte que la paupière inférieure masque à demi l'iris Pas de nystagmus. Iris, jaune-grisâtre très foncé. Pupilles égales, moyennement dilatées; pas de réaction pupillaire; l'enfant parait complètement aveugle.

Nez camard, déprimé considérablement à sa racine, lobule relevé en l'air, ailes peu charnues, narines regardant en bas et en avant; pas de déviation apparente de la cloison. *Odorat* et sensibilité nasale nuls. — Pommettes assez saillantes, symétriques. — Bouche petite (4 cm). — Lèvre supérieure mince, très saillante au-dessus de la lèvre inférieure, plus charnue, dont le bord libre, la bouche étant fermée, correspond à l'arcade dentaire supérieure. — Palais déprimé, un peu ogival à son centre; voile du palais très bas. Amygdales non procidentes. Luette petite et médiane. Absence complète de dents. — *Langue* normale. L'enfant semble avoir une légère perception du *goût* salé et sucré, mais ne réagit pas aux amers. Menton large à petite fossette en retrait sur le maxillaire supérieur. — *Oreilles* grandes : le pavillon droit a 5 cm. de long sur 3 de large, le gauche 5 cm. 5 sur 3. Ces pavillons, implantés parallèlement au crâne, ne présentent pas d'hélix, l'anthélix, le tragus, l'antitragus, la conque sont assez bien conformés. Le conduit auditif

se dirige en bas, en dedans et en arrière. Les lobules assez volumineux sont détachés. L'enfant réagit faiblement au bruit.

Cou : 27 centimètres de circonférence, court, sans goître apparent. — *Larynx* développé, l'enfant crie toute la journée.

1° *Thorax* assez saillant. Rien de particulier à l'auscultation. Respiration du type abdominal ; pas de déformation rachitique. — *Abdomen* rien de particulier. — Gâtisme complet et continu. — *Intelligence* et parole absolument nulles.

2° *Cyphose* de la colonne vertébrale au niveau des trois ou quatre dernières vertèbres dorsales.

Les *membres supérieurs* sont assez bien développés. L'avant-bras est en demi-flexion sur le bras. Les mains en pronation ne sont pas déviées, les poings fermés, le pouce en dedans, sont le siège d'une *contracture* que l'on a peine à vaincre. Les ongles des mains sont bien implantés.

Les *membres inférieurs* recouverts d'un duvet noir peu abondant sont adipeux, égaux, contracturés dans la position des tailleurs d'habits. — Les *pieds* légèrement en talus varus semblent un peu plats. — Les *ongles* et les orteils sont normaux, il n'existe pas de réflexes (?). (*fig.* 0 et 00)

	Octobre 1892.	Janvier 1893.	Avril. 6	Avril. 19
Poids	10 k.	10 k. 700.	8 k. 100	5 k. 450
Taille	0.58	0.58		

Mensurations de la tête.

	Octobre 1892	Décembre 1892	Avril 1893
Circonférence horizontale maxima..	51.2	51.2	50
Demi-circonférence bi-auriculaire ..	36.1	36.1	37
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	36.5	36.5	38
Diamètre antéro-postérieur maxim..	16	16	16
— bi-auriculaire.............	11.5	11.5	11
— bi-pariétal................	15.6	15.6	16
Hauteur médiane du front.........	7	7	7

Organes génitaux. — *Pénil* glabre ; verge 5 centimètres de long sur 4 de circonférence, phimosis : gland non découvra-

ble, prépuce long de 2 centimètres. Bourses lâches. *Cryptorchidie complète.* Région anale normale. La *sensibilité* à la figure peu vive se manifeste sur tout le corps ; la sensibilité au froid est assez marquée.

1893. 2 *février*. — Aggravation de l'état général. Abattement, cris plaintifs. Augmentation de la contracture des membres.

15 *février*. — L'enfant a maigri légèrement, néanmoins il prend bien le biberon et n'a pas de fièvre.

20 *mars*. — Vacciné, 3 piqûres à chaque bras.

27 *mars*. — Insuccès de la vaccination.

5 *avril*. — L'enfant tousse et pousse des cris plaintifs continus, ce qui rend toute auscultation impossible. Ces cris sont analogues aux vagissements. Il dépérit notablement. La toux a les caractères du jacassement de la pie.

La *fontanelle antérieure*, très bombée, mesure 70 millimètres de diagonale antéro-postérieure, 75 millimètres de diagonale transversale, et de 70 à 65 millimètres d'un côté à l'autre du losange qu'elle forme. A la palpation, on sent de légers battements, sa compression n'amène aucun accident. — la *fontanelle postérieure* offre à la palpation une dépression de 2 centimètres de hauteur environ, le doigt qui la déprime ressent de violents battements. L'amaigrissement rend la plagiocéphalie plus manifeste.

P. à 148. La température qui se maintenait légèrement audessous de 37°, est montée jusqu'à 39° à 5 heures du soir, pour retomber ce matin à 37°,2. Les veines du cou sont saillantes. Les articulations sont raides et les extrémités *contracturées*. Le ventre est volumineux et flasque mais nullement douloureux. La peau est sèche et squameuse sans panicule sous-jacent comme celle des enfants athrepsiques, de petits poils de duve assez foncés la recouvrent. Pas de modification des *sens* Aucun progrès de l'*intelligence* ; néanmoins Ess... semble com prendre quand on l'appelle et tourne la tête d'où vient le bruit

Un examen attentif permet de constater les changements brusques de la coloration du visage. La *raie méningitique* est manifeste. La *sensibilité* assez obtuse au tronc et, aux membres, est assez vive à la face. L'enfant réagit à la chaleur.

6 *avril*. — T. R. : 37° 6. — *Soir* : 39° 6. — *Poids* : 8 k. 100.

19 *avril*. — L'enfant s'est maintenu à une température oscillant entre 38°, 5 et 39°, 5 du 6 au 10 avril. La température a fait alors une chute en lysis et est descendue le 14 avril à 36°, Depuis elle se maintient aux alentours de 37°. L'état géné-

ral néanmoins n'est pas satisfaisant, l'enfant maigrit malgré le lait, les œufs battus et le jus de viande qu'on lui fait absorber. — *Poids* : 5 k. 450.

21 *avril*. — T. R. 39°.

24 *avril*. — Chute progressive jusqu'à 37° de la température. Affaiblissement de plus en plus considérable.

Poids après décès : 5 k. 200.

Voici la marche de la température du 6 au 26 avril.

	Matin.	*Soir.*
6 avril	37°,6	39°,6
7 —	38°,6	39°,2
8 —	38°,8	39°,4
9 —	38°,5	39°
10 —	38°,3	39°,6
11 —	37°,9	38°,2
12 —	37°,3	37°,7
13 —	37°,2	37°,5
14 —	36°,8	37°
15 —	37°,2	6°,63
16 —	37°,2	37°,3
17 —	37°,2	37°,3
18 —	36°,8	37°
19 —	36°,8	37°,7
20 —	37°	37°,5
21 —	37°,2	39°
22 —	38°,9	38°
23 —	73°,4	37°
24 —	37°,5	37°,2
25 —	36°,8	37°
26 —	36°,8	

26 *avril*. — Mort à 4 heures du soir.

T. R.		Corps.	Chambre.
Aussitôt après la mort		37°,8	—
1/4 d'heure après la mort		37°	—
1 heure	—	36°,8	—
2 heures	—	35°	—
5 heures	—	28°	25°
8 heures	—	22°	25°
11 heures	—	20°	22°
11 heures	—	18°	18°

AUTOPSIE. — (28 avril 1893). Le cadavre est très amaigri. *Tête*. — *Cuir chevelu* très maigre. — *Calotte crânienne* fortement plagiocéphale. Les bosses frontale gauche et pariétale droite sont notablement plus volumineuses que leurs opposées. — Les *fontanelles* persistent, oblitérées par des membranes. La *fontanelle antérieure*, irrégulièrement losangique, a les dimensions suivantes :

Diagonale antéro-postérieure	70 mm.
Diagonale transversale	75 mm.

L'angle antérieur de la fontanelle est aigu et se continue par la *suture métopique, qui est très nette,* sur un trajet de 3 centimètres et ne laisse ensuite que des vestiges surtout apparents à la face interne de la calotte. L'angle postérieur de la même fontanelle est très obtus, si bien que les deux côtés postérieurs du losange forment presque une ligne droite. Les bords du losange sont formés d'un tissu osseux plus coloré et plus spongieux que le reste du crâne. Dans l'angle latéral droit, un peu en avant de son sommet, se trouve comprise dans la membrane de la fontanelle une petite lamelle osseuse lenticulaire de 8 millimètres de longueur. La *suture coronale* n'est pas plus accentuée que la suture métopique : nette de chaque côté de la fontanelle sur un trajet de 2 centimètres, elle est *complètement synostosée* à droite sur un trajet de 45 millimètres et à gauche sur un trajet de 30 millimètres. La suture sagittale, peu contournée, a des bords spongieux analogues à ceux de la fontanelle ; ils sont très légèrement espacés et l'espace compris entre eux semble comblé par une légère membrane. — La *fontanelle postérieure* a la forme irrégulière d'un triangle isocèle dont la base a 15 millimètres, la hauteur 37 millimètres, les côtés environ 40 millimètres. Les bords en sont grossièrement dentelés et une membrane l'oblitère. Une bandelette de tissu spongieux, moins accentuée qu'au niveau de la fontanelle antérieure, borde son pourtour. La *suture lambdoïde* est formée à droite et à gauche d'une succession d'*os wormiens*, plus nombreux à gauche où ils sont au moins une vingtaine. Sur tout le trajet de cette suture, on peut constater un tissu spongieux analogue à celui qui borde les fontanelles. — La *table interne* du crâne n'offre que de très faibles sillons pour les vaisseaux méningiens. La *paroi crânienne* est d'une minceur considérable (de 1mm à 1mm,5 d'épaisseur). *Le côté gauche est nettement plus épais que le droit.* Les os sont translucides sur une grande partie de la calotte, surtout au niveau des bosses pariétales et frontales dont le centre est formé de tissu compact d'où rayonne le tissu avoisinant. Ces points offrent nettement l'aspect de centres d'ossification et sont entourés de zones opaques qui s'étendent jusqu'au voisinage des sutures, où le tissu osseux prend des caractères spéciaux. En effet, au niveau de ces sutures, l'os est formé de fibrilles parallèles entre elles, perpendiculairement à la suture, et séparées par de petits intervalles translucides.

La *dure-mère* apparaît comme une poche kystique d'une pâleur bleuâtre, plus prononcée au niveau de l'occipital et à

droite. Des adhérences nombreuses et fines existent au niveau des lobes frontal et pariétal droits.

Le *cerveau*, que l'on enlève en coupant la calotte circulairement à sa base, paraît nager dans le crâne comme dans un lac. Il offre l'aspect d'une véritable *poche kystique* et s'affaisse peu après. Il s'est écoulé environ 960 grammes de *liquide céphalo-rachidien*. Le cerveau échappe ainsi à toute description immédiate. Pour l'observer, nous avons dû le bourrer de ouate hydrophile. Ainsi distendu, c'est une vaste poche plus développée à gauche qu'à droite et offrant 18 centimètres de longueur sur 12 centimètres de largeur. Le côté droit a 15 centimètres de long sur 5 d'épaisseur, tandis que le gauche a 18 centimètres de long sur 10 de large. La surface de cette vésicule est représentée par une membrane lisse, mince, sur laquelle on constate des îlots de substance cérébrale. La *suture interhémisphérique* est seulement indiquée par une légère dépression linéaire de la vésicule. Le *corps calleux* est réduit à une très mince membrane. *L'hémisphère gauche* ne permet pas de trouver la trace de la scissure de Sylvius. Un îlot de substance cérébrale de 5 centimètres carrés environ forme le vestige du lobe occipital. Une surface lisse et membraneuse lui succède jusqu'au niveau du lobe frontal qui, lui, est représenté par une plaque de substance cérébrale offrant l'aspect de circonvolutions mal délimitées et paraissant être les restes de la partie inférieure de F^1 et de la partie antérieure du lobe temporo-sphénoïdal. *L'hémisphère droit* offre encore moins de substance cérébrale. Le lobe frontal y est représenté par une fort petite partie de son extrémité antérieure; il n'y a pas de traces du lobe pariétal, ni du lobe temporo-sphénoïdal. Quelques vestiges sclérosés du lobe occipital forment en arrière un petit îlot. La base du cerveau est assez développée dans sa partie antérieure. Les lobes orbitaires existent bien que singulièrement atrophiés et irrégulièrement tant à droite qu'à gauche. Quant au reste de la base, il offre un aspect membraneux, recouvert de minces couches de substance cérébrale. On peut constater sur la base des dépressions qui paraissent l'origine de la scissure de Sylvius. — Les *pédoncules*, bien que peu développés, existent. Une partie saillante et mince repousse le *chiasma des nerfs optiques*, très atrophiés, et remplit les espaces perforés. Le *corps pituitaire*, très petit, est ramolli et ne peut être enlevé. Le *cervelet*, d'aspect normal, est un peu plus développé à gauche qu'à droite. La *protubérance* et le *bulbe* n'offrent pas, superficiellement, de notables anomalies, le côté droit est un peu plus saillant que

le gauche. La *moelle épinière* (17 gr.) est d'aspect normal.

Les *vaisseaux* et les *nerfs* de la base sont étirés, minces, atrophiés, mais symétriques et n'ont rien de nettement anormal.

Cerveau	480 gr.
Cervelet	155 gr.
Isthme	20 gr.
Liquide céphalo-rachidien	960 gr.
Moelle épinière	17 gr.

Thorax. — Adhérences nombreuses des plèvres à la base des deux poumons. Œdème et emphysème au sommet des deux poumons. Atélectasie et congestion des bases. Infarctus hémorrhagique au sommet et en arrière du poumon gauche. Les bronches laissent sourdre à la pression des gouttelettes purulentes sur une surface de section. — *Cœur* (80 gr.) normal, pas de persistance du trou de Botal.

Tube digestif. On constate la présence d'une seule dent (incisive médiane et gauche de la mâchoire inférieure). Le *pharynx*, l'*œsophage*, l'*estomac*, les *intestins* n'offrent rien de particulier. *Foie* (270 gr.), très congestionné ; le lobe gauche est plus développé que le droit. — Pas de calcul dans la vésicule biliaire. — *Rate* normale (60 gr.). — *Rein droit* (80 gr.), congestionné. — *Rein gauche* (70 gr.), se décortique assez difficilement, les calices contiennent de petits calculs d'acide urique (2 gr. environ). — *Pancréas* (10 gr.). — *Vessie:* rien de particulier. Les *testicules*, de la grosseur d'un petit pois, sont à l'orifice extérieur de l'anneau. — *Cou.* Corps thyroïde (4 gr.). Pas de traces de thymus.

Causes de la mort : *Broncho-pneumonie.*

Le *père* de cet enfant était buveur d'absinthe. L'un de ses arrière-grand'pères paternels était un buveur émérite. Un *grand-oncle paternel* était ivrogne et son fils, cousin de notre malade, est devenu *aliéné*, à la suite d'*excès de boisson*. Une grand'tante est *imbécile*.

Du côté maternel, nous devons relever les *migraines* de la mère, les *attaques syncopales* d'une bisaïeule, la *tuberculose* chez une grand'tante, une cousine et une tante, des *crises nerveuses* chez une tante, des *atta-*

ques convulsives chez une cousine germaine. — Un *frère* du malade aurait eu une *méningite*.

En ce qui concerne l'enfant lui-même, nous trouvons la *frayeur* de la mère au premier mois de la grossesse ; — des *émotions* multiples durant les autres mois ; — à *cinq mois*, des *convulsions* suivies de l'apparition de



Fig. 44.

l'*hydrocéphalie*. — Les convulsions se répétèrent trois autres fois. — A 20 mois, outre l'hydrocéphalie, on notait, une *contracture* des jambes et des bras.

A l'entrée à Bicêtre en 1892 (2 ans) : Persistance des *fontanelles antérieure* et *postérieure*, asymétrie crânienne très accusée, écartement de la suture métopique et de la suture sagittale, accès de cris, contracture des quatre membres *(Fig. 45)*, cyphose, cryptorchidie.



Fig. 45.

Nous n'insisterons pas pour le moment sur les résultats de l'autopsie du *crâne* et du *cerveau* qui seront utilisés tout-à-l'heure dans la description qui termine l'exposé des cas de cette première catégorie.

OBS. IV. — HYDROCÉPHALIE ; — IDIOTIE COMPLÈTE.

SOMMAIRE. — *Père, alcoolique, brutal, migraineux. — Grand'mère paternelle, rhumatisante. — Mère, migraineuse et nerveuse. — Grand'mère maternelle, hydarthrose du genou. — Arrière-grand'mère maternelle, cancer du sein; autre arrière-grand'mère maternelle, tuberculeuse. — Cousine, rachitique. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge d'un an. — Frère, mort à 6 jours de convulsions internes. Conception probable durant l'ivresse. — Convulsions généralisées à 8 mois. — Idiotie complète. Gâtisme. Etat actuel.*
AUTOPSIE. — *Crâne asymétrique. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Os wormiens sur la suture lambdoïde. — Liquide céphalo-rachidien abondant. — Cerveau très dilaté surtout à droite et absolument vésiculeux. — Congestion pulmonaire à droite. — Adhérences péricaridiques. — Néphrite purulente gauche.*

Gard... (Marie Clémentine), née le 30 juin 1888, à Paris, entre le 25 juillet 1890, à la Fondation Vallée (Service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère le 11 août 1890). — *Père,* 28 ans, cocher, n'aurait jamais eu de maladie aiguë grave, boiteux depuis l'âge d'un an, il est très *alcoolique,* s'enivre fréquemment avec de l'acool et du vin. Il serait fort brutal et méchant, n'habiterait plus avec sa femme. Il a le visage couperosé et est sujet à de fréquentes migraines. — [*Famille du père. — Père,* 55 ans, cultivateur, sobre, bien portant. — *Mère,* 54 ans, rhumatisante. — *Grands parents paternels et maternels :* aucun renseignement. Dans le reste de la famille, aucune autre tare neuro-arthritique ou psychique.]

Mère, 27 ans, servante chez un marchand de vin, est sujette à de fréquentes épistaxis et à de nombreuses crises de *migraines,* elle est nerveuse, irascible, mais n'a jamais eu d'attaques. — [*Famille de la mère. — Père,* 57 ans, cultivateur, bien portant et sobre. — *Grand-père paternel,* mort à 96 ans (?). — *Grand'mère maternelle,* morte d'un cancer au sein. Deux oncles et deux tantes paternels dont trois morts jeunes, on ne sait de quoi ; un oncle est bien portant — *Mère,* 56 ans, d'une bonne santé, conserve cependant depuis ses couches un « gonflement du genou ». — *Grand-père paternel,* très âgé, en bonne santé. — *Grand'-*

mère maternelle, morte de tuberculose pulmonaire chronique. — Six *oncles* ou *tantes maternels* n'offrent rien à citer. — Cinq *frères* et six *sœurs*, bien portants, ont des enfants robustes, assez méchants pour la plupart. La *fille* d'une des sœurs est rachitique, scoliotique. Rien de plus à signaler dans la famille de la mère.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge d'un an.

La mère est veuve d'un premier mari dont elle a eu trois *enfants* intelligents n'ayant jamais eu de convulsions. Le père de notre malade a eu d'elle *deux enfants* : 1° Notre malade ; — 2° un *garçon* mort à six jours de *convulsions internes*.

Notre malade. —La *conception* a peut-être eu lieu durant l'ivresse. — La *grossesse* a été bonne. — L'*acouchement* eut lieu à terme, sans anesthésie et sans accident.— L'enfant bien portant à la *naissance*, non asphyxié et sans circulaire autour du cou, fut *allaitée* au biberon avec du lait de vache. Elle n'a jamais parlé, ni marché, a toujours été gâteuse et n'a jamais eu une lueur d'intelligence. Elle pleurait constamment ; elle se développait néanmoins assez bien et n'était pas malade. A 8 mois, lors de l'éruption des premières dents, l'enfant eut des *convulsions généralisées* qui se répétèrent, en devenant de plus en plus fréquentes. Conduite à l'hôpital des Enfants-Malades, elle y séjourna 17 jours et fut envoyée a la Fondation Vallée.

État actuel (10 août 1890). — Visage pâle, teint cireux. Émaciation du corps plus prononcée que celle de la face. — *Crâne*, très développé, avec prédominance des diamètres transversaux, asymétrique. Cheveux blonds, régulièrement implantés, sourcils blonds, cils longs. Paupières minces, rosées, sillonnées de veinules, recouvrant exactement les yeux. Blépharite ciliaire. *Yeux* bleus, pupilles très dilatées, égales, pas de strabisme, la *vision* parait normale ; néanmoins l'enfant semble désagréablement impressionée par la lumière, car elle tient presque constamment les paupières fermées. *Nez* arrondi à son lobule, ailes minces et tremblotantes. L'*odorat* parait se manifester régulièrement. — *Bouche* étroite, lèvres minces, langue normale. Le *goût* semble nul. — *Menton* arrondi, peu saillant. Arcades zygomatiques déprimées. — *Oreilles* grandes, écartées de leur base d'implantation, bien ourlées, à lobule peu volumineux et non adhérent. L'*ouïe* semble ne pas exister (?).

Cou court et arrondi.— *Thorax* étroit et maigre, omoplates écartées. Colonne vertébrale sans déviation. Engorgement

chronique des ganglions carotidiens et axillaires. — *Ventre* volumineux et distendu. — *Cœur* à battements lents et sourds. — *Poumons* et *viscères abdominaux* normaux.

Membres supérieurs maigres, émaciés, mais sans malformations. — *Membres inférieurs* plus forts, plus développés que les supérieurs, mais n'offrant rien de particulier.

Sensibilité générale obtuse ; elle semble égale sur toutes les parties du corps. *Gâtisme* complet. — *Intelligence* nulle. Etat de torpeur et de somnolence continuelle. La température rectale moyenne de l'enfant à son entrée est de 38°,2.

L'enfant séjourne à l'infirmerie à partir du 3 août. Elle reste dans une somnolence continuelle, tousse un peu, rejette toute nourriture. La température qui était de 38°,2 et 38°,5 jusqu'au 8 août descend progressivement à 37° ; le 13 août, jour du décès, la température était brusquement remontée à 38°,6.

Poids	à l'entrée	9 k. 500
	après le décès	7 k. 500

Taille de l'enfant : 0 m. 81 centimètres.

Mensurations de la tête :

Circonférence horizontale maxima	480
1/2 circonf. bi-auriculaire	316
Distance de l'articul. occip. atl. à la racine du nez	350
Diamètre antéro-post. maximum	160
Diamètre bi-auriculaire	110
Diamètre bi-pariétal	142

AUTOPSIE (15 août 1890). — Rigidité cadavérique nulle. L'ouverture de la *boîte crânienne* est rendue très laborieuse par les nombreuses adhérences de la calotte aux méninges. Il s'écoule environ 500 gr. de *liquide céphalo-rachidien*. Le cerveau, flottant au milieu de ce liquide, est réduit presque en bouillie ; il est distendu et offre l'aspect vésiculeux des cerveaux atteints d'hydrocéphalie ventriculaire considérable, l'hydrocéphalie prédominant sur l'hémisphère gauche. La *pie-mère* et l'*arachnoïde* sont épaisses, mais n'ont rien de bien particulier. La calotte crânienne est fortement symétrique. Le côté droit est plus développé que le côté gauche. La *fontanelle antérieure* persiste et a environ 7 cm. de long sur 5 cm. de large. Il y a persistance de la *suture métopique*, formant d'abord une rainure d'un millimètre environ à l'angle antérieur de la fontanelle sur un trajet de deux centimètres environ, puis se prolongeant en une suture serrée légèrement en S et sans dentelures. La *suture*

coronale est aussi très serrée et presque sans dentelures. La *suture sagittale* est sinueuse plutôt que dentelée dans la moitié de son parcours, puis rectiligne durant 3 centimètres environ ; elle se termine en redevenant sinueuse au lambda, où un *os wormien* d'un centimètre et demi sur un centimètre, à bords dentelés, comble l'espace de la *fontanelle postérieure*. La *suture lambdoïde* est assez dentelée et contournée. On note trois *os wormiens* à droite, de 5 millimètres environ de diamètre et décroissant à mesure qu'on s'éloigne du lambda. Un seul os existe à gauche. Les bords des sutures sont formés d'un tissu tout particulièrement spongieux. Sur la coupe de la calotte, on est frappé de la minceur de la région postérieure comparée à l'épaisseur de la région antérieure ; tous les os sont formés d'un tissu spongoïde. Les régions médio-frontales et temporales sont les plus épaisses. La première a environ 5 mm. d'épaisseur, les secondes 3 mm. A partir de la région temporale, les os vont progressivement en diminuant d'épaisseur jusqu'à l'occipital, excessivement mince. Cette diminution progressive s'accuse bien plus vite à droite qu'à gauche. Le côté droit, du reste, est plus mince et plus développé que le gauche ; les plaques transparentes, rares d'ailleurs, sont plus nombreuses à droite qu'à gauche. Les saillies de la face interne du crâne sont peu accusées, les sillons des vaisseaux méningés sont peu profonds et plus nets à gauche qu'à droite.

Poids du cerveau	670 gr.
Hémisphère cérébral droit	320 —
— — gauche	350 —
Cervelet et isthme	110 —
Poids total de l'encéphale	780 —
Moelle épinière	20 —
Liquide céphalo-rachidien	500 —

Examen du cerveau. — L'*hémisphère droit* est beaucoup plus altéré que le gauche. Les circonvolutions du *lobe frontal* sont vermiculaires, compliquées par des sillons peu profonds qui rendent sa description impossible. Il est du reste limité par la scissure de Sylvius, déformée par la distension ventriculaire au point que la branche antérieure de cette scissure largement dilatée et écartée a l'air d'une simple dépression et que les circonvolutions de l'insula paraissent faire directement partie des circonvolutions frontales. En arrière du lobe frontal, on ne peut décrire ni scissure, ni circonvolutions, le cerveau est réduit à une *vésicule*, lisse sur toute la

région temporale et occipitale, *formée d'une paroi de substance cérébrale d'un millimètre d'épaisseur.* Cette substance fait défaut au niveau de la scissure de Sylvius et une fine toile méningée ferme simplement, à ce niveau, la cavité ventriculaire sur 4 cm. environ.

La *région sphéno-temporale* est plus épaisse et offre vaguement l'aspect de circonvolutions. Elle est lisse néanmoins à son extrémité antérieure, et présente en ce point un espace de deux centimètres carrés environ, recouvert seulement par une fine membrane. L'examen de la face interne de cet hémisphère nous permet de juger de l'intégrité relative de la région frontale et de la distension complète des deux tiers postérieurs du cerveau. La poche ventriculaire est absolument lisse et a un seul prolongement frontal peu dilaté.

Hémisphère cérébral gauche. — Il offre les mêmes lésions à un degré moins avancé. Le *lobe frontal* est formé de circonvolutions à très nombreux plis de passage qui lui ôtent son aspect ordinaire. Le sillon de Rolando n'existe pas, toutes les circonvolutions sont antéro-postérieures. La scissure de Sylvius n'a pas de branche antérieure. Les circonvolutions de l'insula semblent se continuer directement avec le lobe frontal. Cette scissure de Sylvius va obliquement jusqu'à la scissure inter-hémisphérique et en arrière d'elle le cerveau est très dilaté. Il n'offre de circonvolutions, irrégulières et séparées par des sillons peu profonds, que sur une bande de 3 centimètres bordant la scissure inter-hémisphérique et à la partie antérieure du lobe temporal. — Le *lobe pariétal* est lisse et distendu. — La *face interne* se rapproche de la normale dans sa partie frontale, mais les deux tiers postérieurs, distendus, ne permettent pas d'en décrire la configuration.

La *cavité ventriculaire*, très dilatée, surtout en arrière, est unie et offre un prolongement frontal plus net que sur l'hémisphère droit. — Le *corps calleux* est très mince. — Les *noyaux gris centraux* sont aplatis et déformés. — Les *nerfs olfactifs, optiques, oculo-moteurs* ont leur configuration normale. — Le *corps pituitaire* parait sain.

Le *cervelet*, les *pédoncules*, la *protubérance*, le *bulbe* n'ont rien de particulier. — La *moelle épinière,* macroscopiquement, ne paraît pas être le siège d'une dégénérescence quelconque.

Thorax. — Persistance du *thymus* (4 gr.). — *Corps thyroïde,* (10 gr.). — *Poumon gauche* (60 gr.), un peu congestionné

à sa base. — *Poumon droit* (70 gr.). Noyau hémoptoïque au bord postérieur et à la base. — *Cœur* (50 gr.). Quelques adhérences péricardiques. Le trou de Botal est oblitéré.

Abdomen. — *Foie* (260 gr.), rien de particulier. — *Pancréas* (30 gr.). — *Rein droit* (60 gr.), normal. — *Rein gauche* (55 gr.), contient du *pus* dans le bassinet, et se décortique facilement. — *Vessie*, saine. — *Estomac* et *intestins* rétractés sans lésions macroscopiques.

Notons l'*ivrognerie* du père et son caractère violent ; — les *migraines* de la mère ; — le *cancer du sein* d'une arrière-grand'mère maternelle ; — les *convulsions internes* d'un frère ; — la *conception* probable durant l'ivresse. Nous ferons ressortir ultérieurement les particularités anatomo-pathologiques de ce cas.

OBS. V. — HYDROCÉPHALIE SIMPLE AVEC ACCÈS ÉPILEPTIFORMES.

SOMMAIRE. — *Enfant assisté. — Accès épileptiformes dans l'enfance. — État actuel somatique et psychique. — Tableau des accès épileptiformes. — Description des accès. — Mort subite.*

AUTOPSIE. — *Adhérences pleurales. — Poumons congestionnés. — Léger athérome de l'aorte. — Dilatation ventriculaire surtout à gauche. — Petite tumeur à la base de la faux du cerveau. — Adhérences pie-mériennes à droite, au niveau de la circonvolution de l'hippocampe.*

Gren... (Antoine), né le 3 avril 1866, entre le 14 janvier 1881, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. — Gren... étant enfant assisté ne peut nous fournir aucun renseignement sur ses parents qui l'ont abandonné dès son plus bas-âge. Il a été placé par l'Assistance publique à Cussy (Saône-et-Loire). Il fut atteint d'*accès épileptiformes* dès le jeune âge et, à 13 ans, ces crises se renouvelant fréquemment, la famille de sa nourrice ne voulut plus le garder. L'Administration le mit alors dans une autre famille, mais au bout de deux ans, on dut le retirer

pour le placer à Bicêtre. Durant toute son enfance on lui aurait fait prendre un sirop (?) destiné à combattre sa maladie.

État actuel (30 avril 1882). — *Tête* volumineuse. *Crâne* asymétrique ; saillie prononcée de la région occipitale avec dépression au-dessus paraissant correspondre au siège de la fontanelle postérieure. Bosse pariétale gauche, beaucoup plus saillante que la droite. Bosses frontales sensiblement égales ; front haut et droit. La région temporale droite est plus aplatie que la gauche. — *Face* asymétrique. — Pas de dépression au-dessus des arcades sourcillières qui ne sont pas saillantes et paraissent symétriques. — *Yeux* n'offrant aucune lésion, ni trouble de la motilité. Iris brun jaunâtre, contractile, à réflexes normaux, pupilles égales, la vue paraît naturelle. — *Nez* droit, peu long, mais assez large, dépression marquée au niveau de la racine. *Odorat* normal. — La région malaire gauche est plus proéminente que la droite. — *Bouche* moyenne, lèvres grosses. — *Menton* peu volumineux, pointu. La dentition est bonne, chaque mâchoire a conservé deux petites molaires de lait. Les gencives sont saines. Leur juxtaposition est régulière. Langue, voûte palatine, luette : rien de particulier. Amygdales de volume moyen. *Goût* normal. — *Oreilles* moyennes bien ourlées, bien implantées, à lobule non adhérent. *Ouïe* normale.

Aucune anomalie n'est révélée par l'auscultation et la percussion dans la disposition et le volume des viscères thoraciques et abdominaux. Battements du cœur assez lents. Aucune déformation de la *cage thoracique*, de la *colonne vertébrale* ni du *bassin*.

Organes génitaux bien constitués. Verge assez développée, pas de phimosis. Testicules normaux.

Membres bien musclés, proportionnés et sans anomalie. Le *système pileux* est assez développé. Les cheveux châtains clairs sont peu fournis mais bien implantés. La lèvre supérieure est ombragée de poils fins et clairsemés. Les aisselles sont garnies de touffes de poils assez abondantes. Le pénil est couvert de poils longs et nombreux. On constate un duvet assez épais dans la région dorsale et sur les membres inférieurs.

Les *fonctions digestives* et *respiratoires* s'exécutent normalement. L'appétit est bon, les digestions faciles, les selles régulières, sauf durant les accès épileptiformes où le malade a parfois de l'incontinence fécale et urinaire.

La *sensibilité cutanée* réagit normalement aux divers excitants. Les *réflexes patellaires* ne sont ni diminués, ni exagérés. — La *marche* est correcte et ne présente rien de particulier.

Au point de vue *intellectuel* et *moral*, cet enfant peut être considéré comme relativement supérieur; il a des notions générales sur tout ce qui l'environne; il donne des détails précis sur ce qu'il faisait avant d'entrer à Bicêtre. Il a le sens moral assez développé, affecte de conserver un souvenir reconnaissant pour les gens qui l'ont soigné. Il est bon camarade. Il avoue se livrer à l'*onanisme*, est parfois grossier et a dû être puni pour les propos orduriers qu'il aurait tenu devant les infirmières à diverses reprises.

1882. *Mai.* — A l'école, on a constaté qu'il sait bien écrire, qu'il lit couramment, fait les quatre opérations. Sa mémoire serait assez faible et il retiendrait difficilement l'histoire et la géographie. Il serait doué d'un jugement assez droit. Il s'adonne avec beaucoup de goût aux exercices du corps (escrime, gymnastique, danse). En un mot, son maitre le considère comme un élève rempli de bonne volonté, docile, bien que d'une intelligence assez médiocre.

Mensurations de la tête :

Circonférence horizontale maxima	58
Demi-circonférence bi-auriculaire	39
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne	11
Diamètre antéro-postérieur maximum	204
Diamètre bi-pariétal	11
Diamètre bi-auriculaire	128
Hauteur du front	11

Description des accès. — Le malade n'a pas d'aura, ne crie pas en tombant ordinairement, sauf peut-être un faible cri dans les accès nocturnes; il tombe à la renverse. Il est alors dans un état de rigidité très prononcé. Aux secousses toniques, succèdent les secousses cloniques, puis il reste longtemps dans la période stertoreuse. Il bave, mais n'a pas d'écume sanguinolente, ne se mord pas la langue. L'incontinence d'urine serait très rare. Après ces accès, il serait somnolent et abattu durant toute la journée, mais n'a jamais de délire post ou prae-épileptique. D'après une note de l'instituteur durant cette période (1881-1883), l'enfant continue à être considéré comme un élève docile et de bonne volonté par

ses maîtres et ses surveillants. Les rares méfaits auxquels il s'est livré, ont toujours été accomplis à l'instigation d'un autre. Son instruction s'est accrue, d'où une légère amélioration de ses facultés intellectuelles. Sa santé générale a été toujours satisfaisante.

Mois.	1881		1882		1883		1884	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	4	»	5	»	8	»	11	»
Février	21	3	»	»	1	»	»	»
Mars	10	»	3	»	4	»	3	»
Avril	17	»	17	»	2	»		
Mai	9	»	1	»	13	»		
Juin	9	»	17	»	9	»		
Juillet	»	»	8	»	13	1		
Août	18	»	1	»	20	»		
Septembre	2	»	4	»	10	»		
Octobre	10	»	10	1	4	»		
Novembre	3	»	»	»	3	»		
Décembre	15	»	22	»	9	»		
Totaux	119	3	78	1	96	1	14	»

	1881		1882		1883		1884
	Janv	Juil.	Janv	Juil.	Janv	Juil.	Janv
Poids	40	50.15	54 20	59.20	61.80	63.30	67.20
Taille	1m44	1m44	1m48	1m51	1m52	1m53	1m55

1884. 26 *janvier*. — Le malade descend à l'infirmerie se plaignant d'un violent lombago; pas d'élévation de la température. Ventouses scarifiées. — 28 *janvier* : Sort guéri.

6 *mars*. — Le malade, qui n'avait pas eu d'accès en février, a eu 3 accès dans la nuit du 5 au 6 mars, de 2 heures à 5 heures

du matin. Il s'est levé à 6 heures comme d'habitude, s'est habillé, a fait son lit sans se plaindre. Il est descendu au chauffoir et *est allé s'étendre sur le lit de camp comme c'était son habitude à la suite des accès. Il est resté couché sur le ventre, sans mouvements et*, à 10 heures, quand on a voulu le faire lever, *on a constaté sa mort. Le visage était livide, la bouche remplie d'écume. Il avait vomi un liquide bilieux et avait eu de l'incontinence fécale. (Mort par asphyxie dans l'accès).*

AUTOPSIE. — *Larynx* et *bronches* fortement congestionnés. La *langue* et la face interne des *joues* présentent de nombreuses nodosités et indurations qui sont les cicatrices des morsures que le malade s'est fait durant ses accès.

Thorax. — On constate des *adhérences pleurales*, complètes à gauche, et limitées au sommet à droite. De nombreuses brides existent encore à la base du poumon droit. Les *poumons* sont tous deux très *congestionnés*, ils pèsent chacun 500 gr. — *Péricarde* : rien. *Cœur* : 400 gr., en systole, normal ; légères plaques d'athérome de l'aorte ascendante.

Abdomen. — *Rate*, 270 gr., très congestionnée. — *Rein* droit : 190 gr. ; gauche : 185 gr. ; volumineux et *congestionnés*. — *Foie* (1690 gr.) hyperémié ; canal cholédoque perméable. — *Pancréas*, rien de particulier. — *Estomac* ; muqueuse couverte de nombreuses ecchymoses intra-muqueuses.

Tête. Le *cuir chevelu* est gorgé de sang qui s'écoule abondamment durant la section ; il est du reste très épais et sa face interne est d'un rouge vermillon uniforme. Les *os du crâne* sont très épais et très durs. Les vaisseaux pie-mériens et les *sinus de la dure-mère* sont gorgés de sang. Les vaisseaux et les nerfs de la base ont leur aspect normal.

Encéphale	1.750
Hémisphère cérébral droit	795
Hémisphère cérébral gauche	765
Cervelet et isthme	190
Liquide céphalo-rachidien	100
Moelle épinière	?

Encéphale (1750 gr). *Liquide céphalo-rachidien* (100 gr.). Sur le trajet de faux du cerveau, on constate des indurations, et à son extrémité postérieure, on trouve une *tumeur* ayant environ 15 millimètres de diamètre. Cette *tumeur*, mamelonnée, irrégulière, jaunâtre, est placée un peu plus à gauche

qu'à droite ; elle repose sur la face postérieure de la protubérance et des pédoncules cérébraux et est en rapport avec le lobe médian du cervelet. Aux dépens de ces organes la *tumeur* s'est creusée une sorte de dépression qui empiète beaucoup plus sur l'hémisphère cérébelleux gauche que sur le droit. De consistance élastique, ce néoplasme a une apparence fibreuse et présente par places des points indurés.

Hémisphère gauche (765 gr.). Les sillons et les scissures de cet hémisphère sont nettement accusés. Les circonvolutions du lobe frontal, très contournées et bien développées, présentent de nombreux plis de passage. Il faut noter des adhérences pie-mériennes nombreuses aux deux tiers antérieurs du lobe temporal. La face interne présente une altération notable du lobe quadrilatère qui correspondait du reste au sommet de la tumeur qui le déprimait. Cette altération est vraisemblablement due à un foyer assez intense de *méningo-encéphalite* qui a déterminé des adhérences assez fortes pour amener l'arrachement de la substance grise de toute la région ; lors de la décortication, aucune lésion apparente de la circonvolution de l'hippocampe. — Le *ventricule latéral gauche* est très notablement dilaté ; il a environ 2 centimètres à 2 centimètres 5 de hauteur moyenne. La corne frontale a environ 3 centimètres de profondeur, la corne occipitale, la plus dilatée, a environ 5 centimètres, tandis que la corne temporale n'est que moyennement distendue. La paroi du ventricule est recouverte de nombreuses arborisations. — Les *corps striés* et les *couches optiques* n'offrent rien d'anormal.

Hémisphère droit (795 gr.). — Les circonvolutions, les scissures et les sillons de cet hémisphère ne donnent lieu à aucune remarque ; pas d'anomalie ou de lésion profonde tant à la face interne qu'à la face externe ; cependant nous devons signaler de légères adhérences pie-mériennes à la partie toute antérieure du lobe temporal, au niveau de la circonvolution de l'hippocampe sur presque toute sa surface, enfin au niveau du gyrus rectus. Le *ventricule* est encore, de ce côté, *notablement dilaté*, mais comme pour le ventricule gauche, la dilatation porte principalemnet sur la corne occipitale.

L'épaisseur du *corps calleux* varie de 8 millimètres, en avant, à 3 ou 4 millimètres et à 5 ou 6 millimètres en arrière, au niveau de son genou.

Cervelet et *isthme* (190 gr.). Rien d'irrégulier en dehors des dépressions causées par la tumeur.

Gren... est un enfant assisté, on ne peut donc faire aucune remarque sur son hérédité. Néanmoins, le fait de son abandon permet de porter un jugement peu favorable sur le développement de la moralité de ses ascendants. Cet enfant a présenté de nombreuses crises épileptiformes, qui ont déterminé son placement. Les accès nombreux étaient accompagnés de vertiges rares et le séjour à l'asile avait diminué notablement le nombre des crises. (Voir le tableau.) Sa mort paraît avoir été déterminée par asphyxie durant un accès.

L'état mental du malade était relativement supérieur. Bien que d'une intelligence médiocre, il avait acquis une instruction suffisante et les sentiments moraux étaient chez lui suffisamment développés. Du reste l'autopsie a démontré que l'hydrocéphalie chez Gren... n'était pas très considérable, et qu'il portait à l'extrémité de la faux du cerveau une petite tumeur fibreuse paraissant d'origine méningée.

OBS. VI. — IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson. — Grand-père paternel, alcoolique, libertin. — Aïeule paternelle, grand'mère paternelle, aïeul paternel, alcooliques. — Grand-oncle paternel, excès de boisson. — Oncle paternel, convulsions de l'enfance.*

Mère, convulsions de l'enfance, migraines, gastralgie, très nerveuse. — Grand-père maternel, alcoolique. — Grand'mère maternelle, migraines, gastralgie. — Grand-oncle maternel, mort de convulsions. — Cousin maternel, convulsions et hémiplégie. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 *ans.*

Accident au 1er *mois de la grossesse. — Perte de sang au* 7e *mois. Circulaire autour du cou. — Muguet à un mois. Hernie ombilicale à* 5 *mois. Premières convulsions à* 5 *mois. Début de l'augmentation de la tête à* 5 *mois* 1/2. *— État actuel. — Rougeole. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Description du crâne. — Sutures distendues.*

— *Fontanelles.* — *Os wormiens.* — *Analyse du liquide hydrocéphalique.* — *Description du cerveau.* — *Congestion pulmonaire.* — *Adénopathie péribronchique.*

Lob... (Adolphe-Louis), né le 15 septembre 1886, est admis le 28 mars 1887, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère le 29 avril 1887). — *Père,* 26 ans, journalier, de petite taille, réformé comme faible de constitution, n'a jamais eu de maladie grave, il ne paraît pas avoir eu la syphilis ; il a le visage couvert d'acné. Jusqu'à l'époque de son mariage (24 ans), il a fait de *nombreux excès de boissons* (vins et liqueurs), excès qui étaient suivis d'*accidents nerveux* violents (roulements à terre, cris, grincements de dents, accès de violence). Depuis le mariage, il a rompu avec ses habitudes alcooliques, il est bon ouvrier et économe. Il cohabitait avec la mère un an avant le mariage.

[*Famille du père.* — *Père,* 51 ans, tailleur de pierre, *alcoolique* au dernier degré, menait une vie des plus irrégulières, battait sa femme, ne lui venait jamais en aide. Ayant eu une succession de 6 à 7.000 francs, il abandonna sa famille et partit avec la belle-sœur de sa femme. On n'a pas eu depuis de nouvelles de lui. Son état de santé était satisfaisant; ni syphilis, ni rhumatismes, ni dermatoses. — *Grand-pére paternel,* tailleur de pierre, sobre, mort assez âgé. — *Grand'mère paternelle,* alcoolique, avait la réputation d'une ivrognesse dans son quartier. — *Mère,* 55 ans, blanchisseuse, buvait parfois plus que de coutume et était souvent « un peu partie ». Elle aurait été atteinte d'eczéma à la tête, il y a environ deux ans. — *Grand-père paternel,* marchand de vins, mort à 65 ans, *alcoolique,* avait des varices. — *Oncle maternel,* marchand de vins, fait des *excès de boissons.* — Neuf *frères* ou *sœurs,* 3 vivants : 1° Un *frère,* 23 ans, sobre, bien portant, a eu des *convulsions* de l'enfance ; — 2° Un *autre frère,* 21 ans, garçon boucher, sobre et bien portant ; — 3° *Autre frère,* 17 ans, apprenti menuisier, sobre et travailleur. Parmi ceux qui n'ont pas vécu, quatre répondent à des fausses couches et deux sont morts en nourrice, on ne sait de quoi. Aucun autre renseignement sur le reste de la famille.]

Mère, 21 ans, blanchisseuse, grande, blonde, à physionomie régulière, intelligente. Dans son enfance, elle a eu à plusieurs reprises des *convulsions,* particulièrement sur la

face et les yeux survenant par crises et durant de 4 à 5 jours. *Migraines* datant de l'apparition des règles, c'est-à-dire de l'âge de 17 ans, qui ne sont pas influencées maintenant par la menstruation. Ces migraines, qui surviennent tous les 15 jours et sont caractérisées par une céphalalgie frontale intense et des vomissements, se sont atténuées depuis son mariage et surtout pendant la grossesse. Depuis l'âge de 12 ans, troubles gastralgiques atténués aussi au moment des règles. Elle est très nerveuse, s'emporte pour un rien, mais ne présente aucun autre antécédent ou symptôme somatique d'ordre nerveux méritant d'être noté.

[*Famille de la mère.* — *Père*, 59 ans, corroyeur, *alcoolique*, buvait surtout du vin, mais à fait des excès jusqu'à l'âge de 50 ans environ. Il était calme dans son ivresse. — *Mère*, 57 ans, est bien portante, sauf quelques douleurs gastralgiques et des *migraines* assez violentes survenues après son mariage. Ces migraines, caractérisées par une céphalalgie frontale intense, des phosphènes rouges et verts, des nausées et des vomissements qui la soulageaient, ont diminué sans disparaître lors de la ménopause (44 ans). — *Grand-père paternel*, cultivateur, sobre, mort en pleine vigueur des suites d'une piqûre. — *Grand'mère paternelle*, morte à 79 ans, durant le siège dont elle n'a pu supporter les privations. — *Grand-père maternel*, mort à 79 ans (?). — *Grand'mère maternelle*, pas de renseignements. — *Grand-oncle paternel*, mort à 82 ans. — *Grand'tante paternelle*, morte à 84 ans. — Un *oncle maternèl* est mort à un an de *convulsions*. — Un *cousin* a été, à la suite de *convulsions*, atteint d'*hémiplégie gauche*. — Aucun autre renseignement sur la famille de la mère.]

Pas de consanguinité. — *Inégalité d'âge* : 5 ans.

Un *seul enfant* : *notre malade*. — La *conception* eut lieu avant le mariage, mais non pendant l'ivresse. Il est à noter l'apparition des règles durant l'acte sexuel considéré comme point de départ de la conception. — Au cinquième mois de la *grossesse*, la mère régularisa sa situation en se mariant. Au sixième mois, en portant un seau, elle aurait ressenti une vive douleur de reins, elle aurait eu « comme un abaissement de la matrice », puis six semaines plus tard, elle perdit environ durant deux heures une assez grande quantité de sang. Cette perte fut précédée de deux légères lipothymies, elle cessa spontanément et fut le seul accident sérieux de la grossesse. L'*accouchement* fut normal et eut lieu à terme ; on n'employa ni ergot, ni anesthésique. Le travail ne fut pas long et la tête

passa sans difficulté; elle n'était, du reste, pas plus volumineuse que celle d'un nouveau-né normal. — Pas d'asphyxie *à la naissance*, l'enfant cria de suite, mais il avait un circulaire du cordon autour du cou ; il paraissait bien portant. Nourri au biberon avec du lait de vache, il eut à un mois le *muguet,* en guérit rapidement et, sans être un enfant fort, il se développa normalement jusqu'à cinq mois, époque à laquelle il essayait de se tenir sur ses jambes et de marcher. A cinq mois (février), l'on constata une petite *hernie ombilicale ;* le jour même de cette constatation l'enfant se plaignit et parut *congestionné* : le lendemain vers une heure du soir il fut pris de *convulsions.* Son visage était pâle, les yeux animés de mouvements convulsifs, la mâchoire sans cesse en mouvements, mâchonnait continuellement ; les membres étaient agités de secousses cloniques, également des deux côtés, parfois le tronc s'incurvait en arrière au point que « la tête touchait presque les pieds. » Ces convulsions durèrent une heure ou une heure et demie ; elles se répétèrent durant 6 jours, en augmentant de durée et de violence. A partir de cette époque, l'enfant ne gazouillait plus, ni ne riait plus ; il ne pouvait se tenir sur ses jambes, son regard errait et ses parents dès lors le considérèrent comme un aveugle. A ce moment, *les fontanelles rapprochées n'étaient pas complètement fermées*, Quinze jours environ après (fin février), la grand'mère de l'enfant s'étant absentée trois jours remarqua à son retour, avec surprise, l'*augmentation de la tête* de Lob... *Les fontanelles s'élargirent*, la face ne se modifia pas, mais le crâne, en 15 ou 20 jours, acquit le volume qu'il présente actuellement. Peu à peu l'enfant ne put plus maintenir sa tête droite. A la suite de l'état de mal convulsif l'enfant avait les deux *membres inférieurs et le membre supérieur droit contracturés;* lorsque sa tête eut pris ce volume anormal, le membre supérieur gauche, libre jusqu'alors, fut aussi atteint de *contracture.* Enfin notons que l'enfant depuis les convulsions vomit souvent et a le sommeil moins calme. Il continue cependant à se nourrir ; il a de la tendance à la constipation.

État actuel. (A l'entrée de l'enfant dans le service.) — L'enfant est très amaigri et est dans un état voisin de la cachexie. La tête énorme ne peut être maintenue et tombe sans cesse en arrière. Le cuir chevelu couvert de cheveux châtains, clairs semés, régulièrement implantés, présente par place les sillons bleuâtres des veines dilatées. La face est amaigrie et peu en rapport avec le volume du crâne. Les *fontanelles*

persistent : l'antérieure a 9 centimètres de dimension antéro-postérieure sur 10 centimètres de diagonale transversale. Pas de strabisme, les yeux ne paraissent point percevoir la lumière, les pupilles, moyennement dilatées, sont égales.

Thorax peu développé, sans déformation. — *Abdomen* : il n'offre à signaler qu'une *hernie* ombilicale de la grosseur d'une noisette.

Membres supérieurs non déformés, en état de *demi-contracture*. — *Membres inférieurs*, légèrement incurvés en dedans, *contracturés* comme les membres supérieurs. — *Organes génitaux*, rien de particulier. — Température rectale variant de 36°,2 à 36°,8.

1er *janvier*. — L'enfant est pris de *rougeole le* 1er juin, qui se complique de broncho-pneumonie, et il meurt le 6 juin 1887. — La *température* était montée progressivement de 37° à 42° au moment de la mort. — Après la mort, T. R. 42°, 3 ; — 1 heure après, T. R. 40°.

Poids : 5 k. 120 gr. — *Taille* : 0,64 centimètres.

Mensurations de la tête.

	1887		
	24 mars	28 avril	1er juin
Circonférence horiz. maxima	460	500	510
Distance d'un antitragus à l'autre	325	340	345
Distance de la racine du nez à la protubérance occipitale externe	505	350	370
Diamètre antéro-postérieur maximum	—	155	168
Diamètre bi-pariétal	—	142	145
Diamètre bi-auriculaire	—	110	110

AUTOPSIE. — *Crâne*, symétrique. Les parois crâniennes sont excessivement minces ; la calotte, transparente partout, est formée de lamelles osseuses unies entre elles par des membranes qui comblent les espaces situés au siège des sutures. Ces espaces ont une largeur qui varie de 2 ou 3 millimètres à 15 millimètres. La *fontanelle antérieure* persiste, offrant 7 centimètres d'avant en arrière et 14 centimètres environ de diagonale latérale ; il n'y a pas de suture métopique. — La *fontanelle postérieure* est représentée par l'élargissement de la

suture sagittale sur un trajet de 4 centimètres ; à ce niveau la suture sagittale offre 15 millimètres de largeur. La suture lambdoïde présente à droite deux larges espaces membraneux au milieu desquels se sont développés deux *os wormiens* qui comblent à peu près l'espace. Toutes les sutures ont pour caractères communs leur laxité extrême, la présence d'une membrane qui les comble et l'aspect particulier des bords osseux qui empiètent sur la suture en formant de longues et fines aiguilles très rapprochées sur la coronale et la sagittale, plus distinctes sur la lambdoïde.

La face interne de la calotte crânienne est lisse et ne présente que de très légers sillons pour les vaisseaux méningés.

Encéphale	655 gr.
Hémisphère cérébral droit	290 —
Hémisphère cérébral gauche	285 —
Cerveau	575 —
Hémisphère cérébelleux droit	39 —
Hémisphère cérébelleux gauche	34 —
Bulbe et protubérance	7 —
Cervelet et isthme	80 —
Liquide céphalo-rachidien	1000 —

Analyse du liquide hydrocéphalique, retiré 9 heures après le décès, par M. P. YVON. — *Couleur :* jaune paille. — *Aspect :* Transparent après le repos. — *Réaction :* neutre. — *Odeur :* analogue à celle du sang. — *Consistance :* légèrement visqueuse. — *Densité :* 1006 gr.

Matières organiques : 1 gr. 65.
Sels : 10 gr.
Total des substances fixes : 11 gr. 65.
Acide phosphorique : 0 gr. 22.
Chlorure de sodium : 0 gr. 80.
Albumine : 0 gr. 26.
Hématies assez fréquentes. — Leucocytes : très rares.

Hémisphère cérébral droit. — L'aspect général de la face externe de l'hémisphère s'éloigne peu de la normale. La scissure de Sylvius, le sillon de Rolando, les principales circonvolutions et sillons ont leur configuration normale. Mais les scissures et les sillons sont très superficiels et les circonvolutions, très aplaties, semblent être des *anneaux de tœnia*. La partie supérieure du *lobe frontal*, en avant du sillon de Rolando, a subi tout particulièrement cet aplatissement ; elle est fort mince, et, sur une étendue de 3 à 4 centimètres carrés, elle est unie et ne présente que de légers sillons. La

face interne circonscrit une énorme *poche* à prolongements frontal, temporal et occipital. — Le *corps calleux*, sa circonvolution et celles de la face interne sont réduits à une simple lamelle unie de substance cérébrale. — Les *ganglions centraux*, fortement déprimés, sont lisses et n'ont plus leur aspect habituel ; ils apparaissent comme une masse déprimée et la tête du noyau caudé peut seule être discernée dans la masse. Une membrane lisse, incolore, assez épaisse, tapisse cette vaste poche.

Hémisphère cérébral gauche. — La même description s'applique, en général, à cet hémisphère. Notons cependant un aplatissement plus considérable de la substance cérébrale sur une bande allant verticalement de la branche antérieure de la scissure de Sylvius à la scissure inter-hémisphérique. Cette bande limitée en arrière par la frontale ascendante, fort aplatie, a environ 3 centimètres de largeur. La corne du lobe temporal est aussi fortement aplatie et lisse. La poche ventriculaire et la face interne sont semblables des deux côtés. Les *masses grises centrales* sont toutefois plus aplaties et on ne pourrait reconnaître de ce côté la tête du noyau caudé.

La *base de l'encéphale*, le *cervelet* et l'*isthme* n'ont pas subi une très grande modification.

Cou et *thorax.* — *Corps thyroïde* peu développé. — *Poumons : droit* (70 gr.), *gauche* (60 gr.), fortement congestionnés, surtout aux bases. — *Ganglions* péribronchiques engorgés à gauche. — *Plèvres* normales. — *Cœur* (30 gr.), rempli de caillots d'aspect normal ; trou de Botal obturé.

Abdomen. — *Foie* (260 gr.), rien de particulier. — *Pancréas* : d'aspect normal. — *Rate* (10 gr.). — *Rein droit* (20 gr.), *gauche* (20 gr.). — *Vessie, testicules, estomac, intestins* : rien de particulier à noter.

L'*alcoolisme* du côté du père, les *migraines* et les *convulsions* de la mère, les *convulsions* de deux oncles maternels, dont un était hémiplégique méritent d'attirer l'attention. — Au sixième mois de la *grossesse*, des hémorrhagies, suivies de syncopes, se manifestent et, bien qu'il n'y ait eu aucun accident, ni aucune anomalie constatés à la naissance, nous ne pouvons nous empêcher de croire que ces pertes, jointes à une pré-

disposition héréditaire soient restées sans influence sur le développement de l'enfant. La tête de Lob... ne commença à grossir que vers le cinquième mois, après une crise convulsive interne. Il est à remarquer que ce fut à cette époque que l'on s'aperçut d'une petite hernie ombilicale et que l'on constata l'*écartement des os du crâne* au niveau des *sutures* et des *fontanelles*. Notons que ce fut aussi à cette époque que la *paraplégie* et l'*hémiparésie* droite furent constatées. La *température* rectale habituelle de Lob..., comme celle de la plupart des hydrocéphales, était inférieure à la moyenne.

Son autopsie offre quelques particularités intéressantes : la persistance des fontanelles, la présence d'os wormiens à la suture lambdoïde. La quantité considérable de liquide hydrocéphalique (1000 gr.) dont nous avons donné une analyse de M. Yvon. Le cerveau était très altéré, surtout à gauche, par la compression du liquide tandis que le cervelet, le bulbe, la protubérance, la moelle n'offraient pas de traces d'altération.

OBS. VII. — IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE ET ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, goître passager. — Deux grands oncles paternels, morts de bronchite chronique (?).— Grand'tante paternelle, morte de congestion cérébrale. — Oncle paternel, mort de rhumatismes. — Autre oncle paternel, bègue, suicidé. — Un oncle paternel, excès vénériens. — Mère, migraineuse, morte phtisique. — Grand-père maternel, bègue. — Arrière grand-père maternel, mort paralysé. — Aïeule démente sénile. — Tante maternelle, morte phtisique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans. — Sœur, paralysée des quatre membres à la suite de convulsions, morte phtisique.*

Premières convulsions à un an. — Secondes convulsions à quinze mois (Etat de mal durant 8 jours). — Cécité passagère, disparition des rudiments de la parole, contracture du bras

gauche (?). — Développement anormal de la tête de 17 mois à 14 ans. — Marche et parole à 6 ans. — Retour de la vision à 18 mois. — Gâtisme persistant. — Aptitude musicale (?). — Affaiblissement paralytique du côté droit. — Ascarides. — Cauchemars. — Épilepsie à 14 ans. — Pneumonie. — Mort.

AUTOPSIE. — *Examen de la calotte crânienne. — Description des hémisphères cérébraux. — Dilatation des ventricules latéraux, du 4me ventricule et de l'aqueduc de Sylvius.*

Revill... (Louis-Emile-Léon), né à Paris, le 29 avril 1872, est entré le 6 mars 1889, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (Renseignements fournis par le père, 3 avril 1889). — *Père,* 50 ans, employé de commerce dans une fabrique de chocolat qu'il n'a pas quittée depuis 35 ans, actuellement assez grand et fort, a été cependant réformé comme faible de constitution. Aucun accident morbide de l'enfance, pas d'antécédents nerveux, arthritiques, ni vénériens, sujet tous les hivers à de légères bronchites, n'a jamais eu de maladie infectieuse. C'est un homme sobre, fumant très peu, d'un caractère calme. [*Famille du père. — Père,* mort à la suite de complications d'une blessure à la jambe, faisait d'assez fréquents *excès de boisson* (vin blanc). — *Mère,* morte à 74 ans d'une bronchite catarrhale, était sobre. A 35 ans, elle a eu un léger *goître* qui n'a pas tardé à rétrocéder. Aucun accident neuro-arthritique. Nul renseignement précis sur les *grands-parents paternels* et *maternels* ; ces derniers pourtant seraient morts assez âgés. — Deux *oncles paternels* sont morts tuberculeux. — Une *tante maternelle* est morte à 78 ans de *congestion cérébrale.* — Deux *tantes maternelles* : une, âgée de 80 ans, est saine de corps et d'esprit, mais aveugle depuis plusieurs années; l'autre est morte plus que quadragénaire, on ne sait de quoi. — Onze *frères* : 8 sont morts ; les deux aînés d'épuisement (?) à la suite d'excès vénériens ; ils ne faisaient jamais d'excès alcooliques. — Le troisième aurait succombé aux suites d'un rhumatisme contracté en Crimée. — Un quatrième, devenu bègue à 6 ou 7 ans, après une frayeur, s'est suicidé plus tard. L'on attribue à un amour déçu la cause de sa détermination. — Le cinquième est mort tuberculeux. — Pas de renseignements sur la mort des trois autres. Les derniers ne présentent aucun antécédent pathologique ou psychique intéressant. — Six *sœurs* dont deux mortes on ne sait de quoi et deux *jumelles.* Toutes les sœurs vivantes

sont en bonne santé.— Aucun autre antécédent morbide et psychique dans le reste de la famille du père].

Mére, lingère, morte tuberculeuse à 45 ans, aurait eu à 5 ans une fièvre typhoïde assez grave. De taille moyenne, sobre et de bon caractère, elle était sujette à des migraines survenant à l'époque des règles. Jamais elle n'aurait eu d'autres accidents morbides. [*Famille de la mère.* — *Père*, 68 ans, cocher, sobre, un peu *bègue*. — *Mère*, 70 ans, lingère, sobre, non nerveuse, n'aurait jamais été sérieusement malade. — *Grands parents paternels et maternels*, morts âgés, n'auraient jamais présenté de troubles psychiques, sauf la *grand'mère maternelle* morte à 84 ans et atteinte de *démence sénile*. — Un *oncle maternel* et une *sœur* sont morts de tuberculose pulmonaire. — Aucun autre antécédent morbide ou psychique dans la famille de la mère.]

Pas de consanguinité; père savoyard, mère normande. — *Inégalité d'âge* : 8 ans.

4 *enfants* : 1° *fille*, née avant terme et morte à 6 jours, sans avoir eu de convulsions ; — 2° *fille*, 18 ans, a eu des *convulsions*, à 2 ans, qui ont duré 8 jours ; elle est depuis *paralysée* de tous les membres, mais surtout à gauche ; elle a deux *pieds bots* ; elle serait néanmoins très intelligente, assure-t-on, malgré sa paralysie, elle essaye de coudre et de faire de la tapisserie. Elle parle assez bien, sans pouvoir toutefois prononcer certains mots (1) ; — 3° *Notre malade* ; — 4° *fille* de 11 ans, intelligente, docile, n'a jamais eu de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception* qui a eu lieu un mois après la naissance de la sœur infirme. — *Grossesse* normale... — L'*accouchement* eut lieu à terme naturel et sans anesthésie. — *A la naissance*, pas d'asphyxie, pas de circulaire du cordon ; la tête a passé facilement, quoiqu'un peu volumineuse ; le médecin aurait prétendu que la grosseur de la tête était un signe d'intelligence future (?). — Envoyé en nourrice, Revill... fut élevé au biberon avec du lait de vache ; il fut repris à 15 mois. Les *premières convulsions* eurent lieu à un an et furent insignifiantes. A 15 mois, il aurait eu de nouvelles *convulsions* alors très violentes qui auraient duré 8 jours ; pendant cette période, il serait resté sans connaissance et ne serait

(1) Des renseignements postérieurs nous ont appris que cette sœur est morte phtisique.

pas allé à la garde-robe. — Le début de la *marche* n'eut lieu qu'à 6 ans. — La première dent apparut à 4 ans et demi ; il n'eut ses vingt dents qu'à 6 ans et leur apparition ne provoqua pas de convulsions. Avant les dernières convulsions l'enfant disait « papa » et « maman », à leur suite, il resta jusqu'à 6 ans dans un mutisme absolu. A cette époque, il se remit à parler, parvint assez vite à apprendre à dire tous les mots. Il chantait même fréquemment, retenait facilement les airs et se réjouissait en entendant la musique. Depuis l'âge de 13 ans, il éprouverait de la difficulté à parler et ne chanterait plus. Lorsque, à 15 mois, après sa seconde attaque convulsive, Revill...... fut repris par ses parents, il était dans un état d'émaciation extrême, la main et le bras gauches étaient *contracturés* et on prétendait qu'il ne voyait plus. La contracture disparut et la vue se rétablir au bout de 6 mois, l'enfant redevint progressivement gros et gras. Sa tête, bien que volumineuse, n'avait pas attiré l'attention des parents ni même de leur médecin. On attribuait la disproportion de la tête et du tronc à l'amaigrissement de l'enfant. Les *convulsions* n'eurent aucune influence sur le développement de la tête. Ce ne fut qu'à 17 mois que le crâne prit des dimensions extraordinaires et il continua à s'accroître jusqu'à l'âge de 14 ans. Revil... n'eut jamais d'autres convulsions, ne fut sujet ni aux secousses, ni aux vertiges. Il dormait environ 11 heures par nuit d'un sommeil paisible qui ne fut troublé par des *cauchemars* qu'à l'âge de 14 ans. Ces cauchemars, pendant lesquels l'enfant poussait des cris étouffés et avait le visage effrayé, furent fréquents de 14 à 15 ans, puis devinrent assez rares de 16 à 17 ans ; son père le faisait alors boire, il se calmait, poussait un soupir de satisfaction et se rendormait. Si, interrogeant Révil..., on lui demande où il a mal, il porte la main au front et à l'occiput. Dans la *marche*, il traine toujours un peu la jambe gauche. Ses parents ont toujours remarqué une *disproportion entre ses membres supérieurs et inférieurs*, ces derniers paraissant moins développés que normalement. Revil... est complètement gâteux, il mange seul en se servant de la cuiller et de la fourchette, il ne sait s'habiller, ni se laver ; on ne l'a jamais envoyé à l'école ; on a vainement tenté de lui apprendre à lire, il sait compter jusqu'à 40. Il se sert plus particulièrement de la main gauche. Jamais sujet aux accès de colère, il paraît affectueux pour ceux qui l'approchent, aime les animaux et pleure si on le gronde. Ni pyromanie, ni kleptomanie, ni onanisme.

Il a eu la rougeole à 8 ans, a été vacciné avec succès, n'a

jamais été atteint de maladie infectieuse, ni aiguë. — Aucun antécédent scrofuleux. On a trouvé fréquemment de longs *ascarides* dans ses selles ; c'est à eux que furent attribuées ses crises convulsives.

État actuel (11 mars 1889). — *Tête* volumineuse. État d'adiposité satisfaisant ; front élevé, légère plagiocéphalie : la bosse frontale gauche est sensiblement plus développée que la droite. — Cheveux châtains assez abondants. Arcades sourcilières peu saillantes. — *Face* ovale, symétrique, moins développée que le crâne. — *Yeux* à globes peu proéminents, paupières normales, cils abondants, mouvements normaux. Iris jaune peu foncé, pupilles égales et à réaction normale. L'acuité parait suffisante (?). — *Nez* un peu aplati à sa racine, narines un peu épaisses, ouvertes normalement. — *Bouche*, 53 millimètres ; la lèvre supérieure est un peu mince. — *Menton* carré. Le visage est couvert d'*acné punctata*. — *Oreilles* accolées au crâne, petites, mal ourlées, à lobule adhérent. — *Palais* ogival. Hypertrophie considérable des amygdales qui se rejoignent sur la ligne médiane.

Cou court, circonférence : 34 centimètres. Quelques ganglions cervicaux engorgés. — *Thorax* un peu dévié, légère *scoliose* dorsale à concavité droite. Rien d'anormal, à l'auscultation des poumons, ni du cœur. Respiration : 18 par minute. Pouls : 80.

Abdomen assez volumineux ; pas d'anomalies viscérales perceptibles.

Membres supérieurs assez bien conformés et sensiblement égaux. Toutefois le membre droit est le siège d'une certaine contracture, rendant l'extension complète difficile et douloureuse à l'articulation du coude. La main droite est du reste légèrement déviée du côté cubital. — Les *membres inférieurs* sont aussi sensiblement égaux, mais toutes les articulations sont le siège d'une certaine *raideur*. Le malade, étant couché, paraît avoir un léger raccourcissement du membre droit, raccourcissement simplement apparent et dû à une exagération de la *contracture* de ce côté. — La *station verticale* est difficile, le malade se tient incliné à gauche, les genoux juxtaposés, les jambes écartées, la hanche droite saillante. — Il *marche* difficilement, par petits pas, les cuisses en demi-flexion et au bout de peu de temps il demande à s'asseoir. Les *réflexes patellaires* sont normaux. La *sensibilité générale* est normale. — La *vue*, l'*ouïe*, l'*odorat*, le *goût*, semblent suffisamment développés.

Puberté. — Quelques poils fins et noirs à la lèvre supérieure et à la lèvre inférieure. Rien au menton, ni aux joues. Poils rares aux aisselles, abondants au pénil, mais ne s'étendant pas dans les aînes, disséminés sur les bourses, le périnée et la région anale. Verge, longueur : 9 centimètres ; circonférence : 8 centimètres. Testicules égaux, de la grosseur d'un œuf de pigeon ; bourses rétractées.

Dentition. — Mâchoire supérieure : 13 dents permanentes contigües, premières molaires profondément cariées. Incisive latérale droite absente (non sortie ou arrachée). La canine touche immédiatement l'incisive centrale. Les deux incisives centrales sont inclinées l'une vers l'autre, leur bord inférieur est oblique en dedans et est légèrement érodé. — Mâchoire inférieure : 14 dents permanentes (premières molaires profondément cariées). Dents contiguës, de volume normal. Érosion légère du bord libre des 4 incisives. Articulation normale pour les molaires. Les incisives, au lieu de s'entre-croiser, laissent entre elles un espace ovale de quelques millimètres et ne peuvent se juxtaposer. Gencives rouges et saignantes en haut, normales en bas (Dr CRUET).

	A l'entrée	1er Juillet 1889	1er Janvier 1890
Poids	39 k. 900	35 k. 500	30 k. 000
Taille	1 m. 29	1 m. 30	1 m. 30

Mensurations de la tête.

	Mars 1889.	Octobre 1889.
Circonférence horiz. maxima	61.5	61,5
1/2 circonf. bi-auriculaire	41.5	42
Distance de l'articulation-occipito-atloïd. à la racine du nez	42	3
Diamètre antéro-post. maximum.	20.8	20.8
— bi-auriculaire	12.5	12.5
— bi-pariétal	17	17

État mental. — Aucun trouble important et évident des *organes des sens*, sauf les troubles de la motilité et ceux de la défécation, gâtisme complet. — *L'attention* volontaire est

nulle, on l'excite difficilement et on n'a jamais pu apprendre quelque chose à l'enfant. — Les *instincts* sont médiocrement développés; Revill... n'est pas vorace, ni gourmand, il dort bien en temps ordinaire. — Son besoin d'activité musculaire se traduit par les *tics coordonnés suivants* : il se mord le pouce de la main droite et a déterminé ainsi un durillon et se frappe cette main avec la main gauche. Il *balance* aussi la tête d'avant en arrière. — Pas d'onanisme, ni de manifestation des instincts sexuels. Aucune tendance destructive.

Les *sentiments* sont chez lui encore moins développés que les instincts. Il manifeste le plaisir et la douleur par les pleurs et les rires. Mais, malgré l'opinion de sa famille, les sentiments affectifs que nous avons pu observer sont presque nuls. Les *sentiments sociaux* et *moraux* sont chez Revill... très émoussés. — Les *sentiments esthétiques* se bornent à une certaine attention spontanée, prêtée à la musique ; les parents avaient remarqué et exagéré cette particularité. — Le *langage* de l'enfant est presque normal, mais il est incapable de formuler une réponse aux questions qu'on lui pose. L'*intelligence*, la *volonté*, la *personnalité* n'existent pas chez lui.

1889. 16 *mars*. — Revill... a eu, durant la nuit dernière, une sorte de *crise épileptiforme*. Après quelques mouvements convulsifs, il a poussé de petits cris rauques, son visage était pâle, ses traits contractés, son regard hagard ; il avait la main au niveau de sa gorge et semblait vouloir se débarasser de quelque chose qui le gênait. Il serait resté environ 5 minutes dans cet état. Plus tard, l'enfant a eu, un jour, de véritables *accès épileptiques* et sa grand'mère nous a déclaré que depuis l'âge de 14 ans il était sujet à ces *accès* que ne nous avait pas signalés son père. Voici du reste le nombre des accès durant l'année 1889 et les variations de la température durant un accès.

T. R. normale de l'enfant, 37° ; T. R. au moment du ronflement, 37°, 4 ; — T. R. 1/4 d'heure après l'accès, 37°, 2 ; — T. R. 2 heures après l'accès, 37°. — Nombre des accès en 1889 : 20.

Traitement. Hydrothérapie, Gymnastique et petite École.

La dernière note de la *petite École* (décembre 1889) constate que l'enfant a appris à nouer, à lacer, à boutonner, qu'il n'a fait aucun progrès pour le gâtisme et le langage, qu'il est moins méchant, mais non plus docile.

1890. *Janvier*. — Revill... contracte une pneumonie aiguë qui détermine son décès le 12 janvier 1890. — *Poids* après le décès : 30 kilog.

AUTOPSIE (13 *janvier* 1890). — Le *cuir chevelu* est très épais. — Le *crâne* est mince, les *fontanelles* sont comblées et les *sutures* ne sont pas élargies ; des plaques translucides existent sur le frontal et les pariétaux, elles sont plus nombreuses à *gauche* qu'à droite. La calotte crânienne est fort développée en arrière et une dépression sépare les deux bosses pariétales donnant à cette région une sorte d'aspect natiforme. Les sutures coronale, intra-pariétale, lambdoïde sont très contournées, il n'existe pas de trace de la suture métopique.

La *pie-mère* est très mince. — L'*encéphale* apparait, après son ablation, distendu par le liquide et offrant l'aspect d'un disque.

Encéphale	2.270 gr.
Hémisphère droit du cerveau	530 —
— gauche —	575 —
Cervelet	110 —
Protubérance et bulbe	25 —
Moelle épinière	35 —

Les deux hémisphères, accolés, adhèrent à leur partie antérieure.

Hémisphère droit. — La face externe présente des circonvolutions bien limitées, les sillons profonds et assez compliqués avec de nombreux plis de passage. Des traces d'adhérences existent au niveau de la partie antérieure de F^1 et de F^2 et à la partie moyenne de F^3. On en trouve aussi d'assez légères au niveau du pli courbe des circonvolutions occipitales et de T^2 et T^3. La face interne ne décèle comme particularité qu'un aplatissement notable du corps calleux, provenant de la dilatation ventriculaire.

Hémisphère gauche. — Il offre la même disposition générale des circonvolutions et des scissures. La face externe porte des traces d'adhérences plus accentuées qu'à droite sur le tiers antérieur du lobe frontal, sur tout le lobe pariétal supérieur et sur presque toute l'étendue de T^2 et T^3. La face interne permet de constater une dilatation plus considérable du ventricule latéral gauche.

Le *corps calleux, l'espace interpédonculaire* sont réduits à une mince lame translucide. — Les *nerfs de la base* sont égaux et symétriques. L'aqueduc de Sylvius, très dilaté,

mesure de 5 à 9 millimètres de diamètre. — Le quatrième *ventricule* a subi une *dilatation* notable, surtout aux dépens de sa portion cérébelleuse ; il offre environ 4 à 5 centimètres de longueur sur 3 à 4 centimètres de largeur. — Les *tubercules mamillaires* sont atrophiés. — La *cloison tranparente* est réduite à une sorte de lacis vasculaire. — Les parois des *ventricules latéraux* sont très dilatées, surtout au niveau de leurs cornes. La dilatation porte principalement sur la corne temporale.

Thorax. — *Poumon* gauche (480 gr.), tout le lobe inférieur est hépatisé. La *plèvre* présente quelques adhérences et contient un peu de liquide. — *Poumon droit* (380 gr.), normal. — *Cœur* (220 gr.), sain.

Abdomen. — *Foie* (1200 gr.) ; — *rate* (130 gr.), rien de particulier. — *Rein droit* (130 gr.). *Rein gauche* (130 gr.), un peu congestionnés. — *Pancréas* (40 gr.). — *Vessie, estomac, intestins,* rien de particulier.

Cause de la mort : Pneumonie lobaire aiguë.

L'*alcoolisme* du grand-père paternel, le *bégaiement* constaté chez le grand-père maternel et chez un oncle paternel, qui s'est suicidé, des accidents cérébraux et la tuberculose tant du côté du père que de celui de la mère suffisent à fournir à Revill... un bilan héréditaire suffisant pour le prédisposer à une affection nerveuse ; une de ses sœurs, du reste, a partagé avec lui les tristes conséquences de la fatalité ancestrale ; elle est morte phtisique et paralysée des quatre membres. Dès la naissance la tête attire l'attention de l'accoucheur qui, probablement imbu des idées de Gratiolet, prédit une rare intelligence à l'enfant. Néanmoins jusqu'à un an, rien de bien anormal. A un an et à quinze mois, des *convulsions* fréquentes surviennent et la tête grossit dans des proportions inquiétantes. Les parents avaient noté des disproportions entre les membres supérieurs et les inférieurs que nous n'avons pas observées. Nous avons constaté un léger état de *contracture* du membre supérieur droit et une certaine raideur des arti-

culations des membres inférieurs. Aucun trouble sensitivo-sensoriel et si la motilité est imparfaite il faut en accuser le cerveau qui dirige mal les mouvements, car l'intégrité des réflexes nous permet de penser que la moelle est indemne comme chez la plupart des malades de ce genre. L'état mental de Revill.... est très inférieur, l'intelligence, l'attention sont à peu près nulles. Les instincts même sont peu développés. Il a des tics coordonnés complexes, est gâteux complet. Sa parole exprime tous les mots, mais son esprit ne leur donne aucune signification. Malgré cette infériorité mentale le traitement médico-pédagogique avait donné chez lui quelques résultats : il commençait à s'habiller seul quand une pneumonie a déterminé sa mort. Son autopsie a révélé une particularité : outre la dilatation des ventricules latéraux ordinaire chez les hydrocéphales, on constate la dilatation de l'aqueduc de Sylvius et du quatrième ventricule aux dépens de la paroi cérébelleuse de ce dernier.

OBS. VIII. — IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, violent, cardiaque. — Arrière-grand-père paternel, buveur. — Grand-oncle paternel, ivrogne, mort subitement. — Mère, convulsions à 4 ans. — Grand-père maternel, enfant naturel. — Grand'mère maternelle, enfant naturelle. — Arrière-grand'mère maternelle, cancer au sein. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans. — Frère mort à deux mois ½ de convulsions. — Sœur, intelligente. — Autre sœur, morte de bronchite, à 5 ans. Varioloïde au 3me mois de la grossesse. — Constatation d'une hydrocéphalie peu accentuée à la naissance. Augmentation de l'hydrocéphalie à 3 mois. — Allaitement au sein. — Sevré à 8 mois. — Première dent à 8 mois ½. — Dentition complète à 2 ans. — Convulsions à 4 ans. — État actuel : Description de la tête, dentition, contracture des membres. — Puberté. — Broncho-pneumonie. — Mort. Tableaux des mensurations.*

AUTOPSIE : *Examen du squelette.*

Vign... (Félix), né le 6 novembre 1881, à Saint-Demot (Creuse), est entré le 21 mars 1888 (service de M. BOURNEVILLE) où il est décédé le 29 mai 1888.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère de l'enfant, le 28 mars 1888). — *Père*, 44 ans, maçon, grand et fort, très sobre, ne fumant pas, n'a jamais eu de maladies vénériennes ou constitutionnelles. Depuis quelques années, il est pris d'*étourdissements* et serait atteint d'une affection cardiaque. Vif, violent même, il n'aurait jamais battu sa femme, ni ses enfants. — [*Famille du père*. — *Père*, maçon, 77 ans, bien portant, sobre. — *Mère*, 75 ans, bien portante, pas nerveuse. — Le *grand-père paternel* aurait été un grand buveur. Pas de renseignements sur les autres grands-parents. — *Oncle maternel*, mort subitement, faisait des excès de boisson. — Trois *tantes maternelles*, sans accidents nerveux ; une seule d'entre elles a des enfants : deux filles (du même amant) dont une est morte de la rougeole et l'autre est en bonne santé. — Pas d'autres renseignements sur la famille du père.]

Mère, 35 ans, journalière, tête plutôt petite, physionomie régulière, aurait eu à plusieurs reprises des *convulsions* vers l'âge de 4 ans et aurait été atteinte de coqueluche à la même époque. Depuis, elle se serait toujours très bien portée et n'aurait jamais eu d'accidents nerveux. [*Famille de la mère*. — *Père*, enfant naturel, tailleur de pierres, 67 ans, fait quelques excès de vin, mais les supporte très bien, ne paraît jamais ivre, est calme et ne présente aucun trouble nerveux. — *Mère*, enfant naturelle, morte à 67 ans, on ne sait de quoi. — *Grand-père paternel*, inconnu. — *Grand'mère paternelle*, morte d'un *cancer* au sein. — *Grand-père maternel*, inconnu. — *Grand'mère maternelle*, morte à 78 ans, sans affection bien définie. Aucun autre renseignement sur le reste de la famille.] Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans.

Quatre *enfants* : 1° *garçon*, mort à 2 mois $^1/_2$ de *convulsions* ; conformé normalement, tête normale ; — 2° *fille*, 13 ans, bien portante, intelligente, pas de convulsions, tête normale ; instruite (a son certificat d'études) ; 3° *fille*, morte à 5 ans de bronchite, pas de convulsions, tête bien conformée.

4° *Notre malade*. Rien à noter au moment de la *conception*. — *Grossesse* : varioloïde du 3e au 4e mois, ayant exigé un séjour au lit de trois semaines. — *Accouchement* naturel, à terme, sans accidents. — *A la naissance*, il avait la tête

allongée, *plus grosse* que celle des autres enfants, ridée, semblable, dit la mère, « à une pomme pourrie. » La sage-femme aurait dit « qu'il avait de l'*eau dans la cervelle.* » Il n'était pas asphyxié, n'avait pas de circulaires autour du cou, a crié en naissant et s'est plaint tout le premier jour. — Il fut nourri au sein par une nourrice creusoise et fut sevré à 8 mois, en raison de son *hydrocéphalie* qui effrayait la nourrice. Jusqu'à trois mois, bien que volumineuse, la tête n'avait pas de proportions démesurées, mais à partir de cette époque, *elle augmenta et se développa au point d'être à 6 mois aussi volumineuse qu'actuellement.* La tête était de consistance molle, probablement à cause de la persistance des fontanelles et de la distension des sutures. V... n'aurait jamais eu de convulsions. A 8 mois, la nourrice le remit à sa mère. L'enfant fut désormais nourri au verre avec du lait de vache et du tapioca. Il n'avait pas de déviation des yeux, mais ne reconnaissait personne. Sa tête énorme était inclinée à droite ou à gauche. Il ne pouvait se soutenir sur les jambes. — *Première dent* à 8 mois 1/2. *Dentition* complète à deux ans.

L'enfant restait d'habitude sur un petit fauteuil, qu'il était parvenu, vers l'âge de 3 ans, à déplacer avec le bras droit, ou dans un berceau dans lequel il aimait à se bercer lui-même. A partir de 3 ans, il fut pris fréquemment d'*accès de colère.* A cette époque, on remarqua que *son côté gauche était notablement plus faible que le droit et que la main et le membre supérieur gauches étaient fortement déviés.* — A 4 ans, apparurent pour la première fois des *convulsions.* Vign... restait pendant une demi-heure environ rigide ; on n'a pas remarqué de prédominance de la contracture sur l'un des côtés. Il n'avait pas de secousses, ses yeux se tournaient simplement, sa physionomie ne se modifiait pas, mais ses *crises convulsives* s'accompagnaient de miction et de défécation. Elles revenaient environ toutes les semaines et duraient de 10 à 30 minutes. Lorsqu'elles étaient longues, l'enfant était fort fatigué et passait la journée immobile et sans prendre de nourriture. — A cet âge le crâne parut devenir plus résistant. Vers 4 ans, Vign... était en partie propre, c'est-à-dire que pour satisfaire ses besoins, il glissait sur sa chaise. Son sommeil était régulier. Il ne paraissait doué d'aucun sentiment affectif. Parfois il était pris *d'accès de rire violents* et ce rire était provoqué par des causes insignifiantes, le fait par exemple de voir tomber un autre enfant. Des accès de colère et de pleurs survenaient pour des motifs aussi mal déterminés. On le faisait manger, il digérait bien. — Aucun antécédent scro-

fuleux ; aucune maladie infectieuse. Sa mère attribue l'*hydrocéphalie* à la varioloïde qu'elle eut durant sa grossesse.

L'enfant placé à l'Asile clinique y contracta une ulcération due au décubitus et fut envoyé à Bicêtre, après un séjour de plusieurs semaines à l'Asile Clinique.

Lors de son entrée à Bicêtre, on le soumit au *traitement* suivant : sirop antiscorbutique, huile de foie de morue, 3 bains de son et 1 bain salé par semaine ; de plus il était mis 3 fois par jour régulièrement sur le vase pour tâcher de régulariser les garde-robes.

État actuel (2 *avril* 1888). — *Tête* très volumineuse, plagio céphalie, le *côté droit* est plus aplati à la région occipitale que le gauche et la bosse pariétale gauche est nettement plus accentuée que la droite. La *fontanelle antérieure* parait oblitérée, tandis que l'on sent très nettement la dépression formée par la *fontanelle postérieure* qui se prolonge du côté droit du lambda sur une étendue de 5 centimètres environ. — Le *front* bombé est relativement étroit et la bosse frontale droite fait une saillie plus marquée que la gauche. Les cheveux châtains, bien implantés, descendent assez bas sur les tempes.

Yeux. Les arcades sourcilières ne sont pas marquées. Blépharite légère. Léger *strabisme* convergent. *Nystagmus* plus prononcé à l'œil droit. Pas d'exophtalmie. Iris bleu verdâtre. Pupilles égales. L'enfant paraît voir normalement (?) — *Nez*, écrasé à la racine, petit ; narines écrasées, horizontales. Vign... parait sentir les odeurs. — *Bouche* petite, entrouverte ; lèvres épaisses. Voûte palatine ogivale ; voile du palais paraissant normal.

Dentition. — Le maxillaire supérieur offre une atrophie de l'os intermaxillaire latéral droit et la réduction des diamètres transversal et longitudinal. — Le maxillaire inférieur est augmenté de volume dans ses deux diamètres. La dentition est extrêmement anormale au maxillaire supérieur. Les incisives centrales permanentes offrent un type très marqué de géantisme, l'incisive latérale permanente gauche seule existe, la latérale droite manque, la canine également : à la place de cette dernière existe une molaire temporaire surnuméraire. La première molaire temporaire droite manque et la première molaire définitive est en voie d'éruption. Les secondes molaires temporaires droite et gauche sont en

place ainsi que les deux premières grosses molaires permanentes. Au maxillaire inférieur, l'incisive latérale gauche que le sujet possédait, manque. Les trois incisives qui restent, sont marquées de géantisme et leur bord supérieur affecte la forme d'une fleur de lys. A droite, il existe une canine temporaire normale ; à gauche l'alvéole est libre. Les molaires temporaires sont en place sauf la première molaire droite. Les deux premières molaires permanentes sont en place. La constitution de ces dents est normale, l'ivoire et l'émail sont résistants ; les molaires permanentes ont un fort volume et deux dents seulement de la première dentition (la seconde molaire droite supérieure et la seconde molaire droite inférieure) sont atteintes de carie.

Les *oreilles* sont irrégulièrement implantées, la gauche semble plus bas que la droite. L'ourlet est plus prononcé à droite qu'à gauche, les lobules sont à demi-adhérents. Légère otorrhée à droite.

Cou : 28 centimètres de circonférence ; le *corps thyroïde* est un peu saillant. — *Thorax*, aplati à sa partie moyenne, plus saillant en arrière et à gauche. Scoliose légère à convexité droite lombaire. Circonférence au niveau des mamelons : 54 centimètres. — *Abdomen* et *bassin*, normaux.

Membres supérieurs amaigris, le membre droit paraît mieux développé. Les mains sont assez bien conformées, mais la main gauche est à demi contracturée, le pouce en flexion est recouvert par les autres doigts en demi-flexion. L'enfant saisit toujours avec la main droite, il peut étendre ses doigts à gauche mais refuse de se servir de la main correspondante. Les ongles sont très courts et très convexes,

Les *membres inférieurs*, sensiblement égaux, sont maintenus dans la demi-flexion, on ne peut les amener dans l'extension complète. Les tibias paraissent légèrement concaves en dedans. Les *pieds* plats et en varus équin sont cyanosés. Les ongles sont bien conformés.

Puberté. Verge : longueur 3 centimètres, circonférence 4 centimètres. Phimosis, gland non découvrable. Testicules de la grosseur d'un pois, situés au niveau de l'orifice du canal inguinal. L'examen des viscères permet de constater une légère bronchite et la régularité des battements du cœur.

La *sensibilité générale* est normale, Vign... est particulièrement sensible au froid. Les réflexes rotuliens et pharyngiens

n'existent pas. Gâteux complet, V... est dépourvu de toute intelligence et de tout sentiment, il prononce cependant quelques mots « mama, papa, à boire » et pousse presque continuellement des cris plaintifs analogues aux cris hydrencéphaliques. La température rectale moyenne de l'enfant est de 37°,2. (?)

	2 avril	24 avril	29 mai
Circonférence horizontale maxima...	66	66	66
Demi-circonférence bi-auriculaire....	43	43.5	43.5
Distance de l'articulation occipito-altoïde à la racine du nez............	49	49	49
Diamètre antéro-postérieur maximum.	20	20.1	21.8
— bi-auriculaire...............	12.8	12.8	12.8
— bi-pariétal..................	19.5	19.5	20

Mensurations des membres supérieurs.

	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle..........	16	14
— à 10 centimètres au-dessus de l'olécrâne....................	14	13
— à 10 centimètres au-dessous ...	14	14
— au niveau du poignet..........	11	10
— du métacarpe	13	13
Distance de l'acromion à l'olécrâne...........	20	20
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus........................	18,5	16,5
— de l'apophyse styloïde du cubitus à l'extrémité du médius............	11,5	12

Mensurations des membres inférieurs.

	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aine............	25,5	25,5
— à 10 centimètres au-dessus de la rotule........................	19	19
— à 10 centimètres au-dessous...	16	15,5
— au-dessus des malléoles........	13,5	13
— à la partie moyenne du pied ...	16	16
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'interligne arti. du genou..	26	26
— de cet interligne à la malléole externe	24	24
— de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian................	14	13

29 *mai.* — Peu après son entrée à Bicêtre, Vign.., qui offrait des signes de bronchite, est atteint de *broncho-pneumonie* (10 mai), meurt le 29 mai après avoir présenté une dyspnée intense, des râles sous-crépitants dans toute la poitrine et une température rectale de 40°.

T.R.	aussitôt après la mort	....	42°,5
—	1 heure —	....	41°,4
—	2 heures —	....	39°,5
—	3 heures —	....	38°
—	4 heures —	....	36°,5

Poids à l'entrée : 18 k. 100 ; après la mort : 13 k. 800.
Taille : 1 m. 02.



Fig. 45. — Crâne de Vigner... Le diamètre antéro-postérieur est réduit de 210 mm. à 75 mm.

AUTOPSIE. — Lésions de la *broncho-pneumonie* avec œdème pulmonaire et congestion des deux poumons surtout accentuées à droite. Les autres organes du *thorax* et de l'*abdomen* ne présentaient pas de lésion, ni d'anomalie. A l'ouverture du *crâne,* le *cerveau* apparait réduit à une simple vésicule qui

s'affaisse, laissant écouler *deux mille cent quatre-vingts grammes* (2180 gr.) *de liquide céphalo-rachidien*. (Le cerveau ayant été mal soigné est tombé en putréfaction n'a pu être décrit). — Le *cervelet*, le *bulbe*, la *moelle* paraissent normaux; le canal de l'épendyme n'est pas dilaté.

Examen du squelette. — *Crâne*. La calotte du crâne est asymétrique, le côté droit est plus saillant que le gauche (*Fig.* 45 et 49). On sent en avant de la bosse pariétale une bosse surnu-



Fig. 46. — Profil du crâne d'un enfant normal âgé de 6 ans et demi, réduit de 158 mm. à 56 mm.

méraire accentuée à droite. Les *sutures* offrent des particularités curieuses. Il n'y a pas de trace de la suture métopique. La *suture interpariétale*, qui a 22 cent. de long, est terminée à droite et en avant par un *os wormien triangulaire* qui semble tenir la place de la fontanelle antérieure et qui a environ 5 cm. de hauteur sur 3 de base, cette dernière étant postérieure. De l'angle postérieur gauche de ce triangle part une suture peu dentelée comme l'inter-pariétale, de 3 ou 4 cm. de longueur qui ne



Fig. 47 et 48. — Profil du crâne de Vign..., réduit de 210 mm. à 61 mm. et profil du crâne d'un enfant normal de 6 ans et demi réduit de 158 mm. à 50 mm., dans le sens du diamètre antéro-postérieur. La réduction est faite dans les mêmes proportions.

tarde pas à se perdre, elle représente la suture *fronto-pariétale*



Fig. 49. — Crâne de Vign.... Le diamètre transversal est réduit de 189 mm. à 87.

gauche presqu'entièrement *synostosée*. — A droite, la *suture*

fronto-pariétale atteint la temporale, elle est peu sinueuse et offre en arrière deux prolongements irréguliers qui semblent des traces d'*os wormiens* soudés. — La *suture inter-pariétale* montre dans sa moitié postérieure des particularités intéressantes : elle est formée jusqu'au lambda d'*os wormiens* et de parties comblées par des membranes, à savoir deux os wor-



Fig. 50. — Squelette de la face d'un enfant normal de 6 ans et demi. — Le diamètre transversal est réduit de 130 mm. à 55 mm.

miens contigus en arrière à un vestige membraneux de la fontanelle postérieure de 3 cm. de longueur environ. Deux os wormiens et un espace membraneux d'un cm. à 15 mm. complètent la suture. — La *suture lambdoïde* présente cinq *os wormiens* à droite et six à gauche. (*Fig.* 45, 47 et 49).

La *fig.* 46 représente le profil du crâne d'un enfant normal de 6 ans 1/2, dont voici les principales dimensions :

Diamètre antéro-postérieur	150 mm.
Diamètre bi-pariétal	130 —
Circonférence horizontale maxima	470 —

Les *fig.* 47 et 48 représentent le profil du crâne de Vigne.... et le profil du crâne d'un enfant normal de 6 ans 1/2, réduits dans les mêmes proportions.

La *fig.* 49 donne une idée très exacte de l'asymétrie du front et de la face. La calotte crânienne semble rejetée à gauche. La différence des deux moitiés de la face, l'irrégularité de la dentition s'y voient aussi nettement. Ces anomalies sont encore plus évidentes si on compare la *fig.* 49 avec la *fig.* 50 représentant le squelette de la face d'un enfant normal de 6 ans 1/2, bien que le photographe ait mal placé la pièce.

La *base du crâne* est très asymétrique (*Fig.* 51) ; l'éminence cruciale de l'occipital est déviée à droite et les fosses cérébelleuses et cérébrales postérieures sont plus vastes à droite qu'à gauche. Les autres fosses sont peu modifiées. — Le *trou occipital* est dévié fortement à gauche et forme un plan incliné en bas et à droite. — Les autres trous de la base paraissent normaux. — La *calotte crânienne* a 63 cm. de circonférence. — Les os, à la coupe, sont formés de tissu compact, mince et transparent. (*Fig.* 51).

Les autres parties du squelette sont toutes nettement plus développées à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de déviation, ni d'anomalie notable de ces os, *les fémurs sont un peu en parenthèses et les humérus légèrement contournés* (1).

Remarquons l'*alcoolisme* du côté du père, les *convulsions* de la mère, l'union de deux enfants naturels,

(1) Nous avons pu faire la comparaison entre le crâne de Vign... et celui d'un enfant à peu près du même âge, grâce à M. Tramond qui a eu l'obligeance de nous prêter le squelette de la tête de l'enfant normal.

père et mère de la mère de l'enfant, les *convulsions*



Fig. 51. — Crâne de Vign... — La circonférence est réduite de 630 mm. à 307.

d'un frère ainé ; mais bien que cette hérédité soit

suffisamment compromettante, nous croyons devoir attribuer le plus grand rôle dans la pathogénie de l'hydrocéphalie à la varioloïde que contracta la mère vers le troisième mois de sa *grossesse*. L'enfant est né du reste *hydrocéphale* et si la tête n'a pris qu'à partir de trois mois un développement monstrueux, elle était lors de l'accouchement suffisamment volumineuse pour attirer l'attention de la sage-femme et faire poser le diagnostic. Les accès de colère à 3 ans, la parésie gauche, les *convulsions* apparaissant à 4 ans, les faibles progrès qu'il fit du côté de la propreté nous portent à croire que le cerveau de l'enfant n'a été que petit à petit atrophié par le développement progressif du liquide hydrocéphalique.

L'autopsie de cet enfant est particulièrement intéressante. D'abord le liquide hydrocéphalique atteint l'énorme poids de 2.180 grammes, aussi le *cerveau* est-il réduit à une *simple vésicule*. On est tenté de s'étonner que malgré l'atrophie complète des hémisphères, l'enfant ait pu prononcer quelques mots, et être sujet dans certains cas déterminés à des crises de rires. Ces faits nous font persévérer dans l'hypothèse que nous venons d'émettre sur l'atrophie progressive du cerveau de Vign... L'intégrité du bulbe et de la moelle nous permettent à la rigueur de comprendre la conservation, à l'état de réflexes, de ces phénomènes dont l'origine primordiale était certainement cérébrale. Une remarque intéressante que nous retrouvons dans d'autres observations est la synostose de certaines sutures (*ici*, la suture fronto-pariétale gauche). En pareil cas, si *l'on* devait croire les crâniectomanes contemporains, les sutures loin d'être synostosées devraient être distendues. Le nombre considérable d'os wormiens, les espaces membraneux persistant au point où devait exister la fontanelle postérieure, la déviation du trou occipital,

etc. méritent aussi de fixer notre attention. Mentionnons enfin les *lésions rachitiques* de certaines parties de squelette. Les *fig.* 45 et surtout les *fig.* 46 et 47 donnent une idée très exacte des déformations de la tête, de la face et de la base du crâne.

II. *Cas d'hydrocéphalie avec malformations.*

La seconde variété de ce premier groupe comprend les cas d'hydrocéphalie compliquée de malformations ou de lésions, par exemple du corps calleux, l'absence des hémisphères cérébelleux, etc. Là aussi, les crânes ont, en quelque sorte, un air de famille. L'hy drocéphalie occupe soit les ventricules latéraux seuls, soit en même temps la cavité arachnoïdienne et est accompagnée ou non d'*hydrocéphalie enkystée*.

La première observation que nous avons à citer — et dont nous montrons les pièces et les photographies a été publiée par l'un de nous dans le *Compte-rendu* du service pour 1883 (p. 113) (1). Nous nous contenterons d'en reproduire ici le sommaire, quelques mensurations et les figures qui l'illustraient.

OBS. IX. — IDIOTIE CONSÉCUTIVE A L'HYDROCÉPHALIE.

SOMMAIRE. — *Père et grand'mère paternels, alcooliques. — Mère, nerveuse. — Oncle maternel, imbécile. — Oncles et tantes maternels, morts de convulsions.*

Emotions durant la grossesse. — Tête volumineuse à la naissance ; — son développement progressif ; ses dimensions. — Convulsions limitées à gauche (6 mois). — *Hémiplégie consécutive ; amélioration. — Développement rapide de la tête* (7 mois). — *Etat du malade à l'entrée* (10 mois). — *Tête : fontanelles, hyperostose. — Strabisme, etc... Manifestations*

(1) *Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie* ; par Bourneville et Leflaive L'observation et les réflexions qui l'accompagnent forment une note de 28 pages.

intellectuelles. — Pemphigus. — Athrepsie. — Hémorrhagie méningée; troubles trophiques; fonte purulente des yeux; contracture; élévation de la température; diminution subite du volume de la tête. — Mort. — Résultats de l'autopsie.

Alli... (Eugène), agé de 10 mois, est entré le 21 Mai 1883, à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Nous avons réuni en un tableau, les diverses *mensurations de la tête* de l'enfant, ainsi que la *succession de ses poids*, qui montrent bien sa déchéance progressive.

	21 *Mai.*	18 *Juin.*	7 *Juill.*	17 *Août.*
	cent.	cent.	cent.	cent.
Circonférence horizontale au niveau de l'insertion des 2 oreilles	54	51	54 1/3	51 1/2
La plus grande circonférence	57 1/2	58 1/2	59 1/2	59 1/2
Demi-circonférence auriculo-bregmatique	40	40 1/2	40 1/2	42
De la racine du nez à l'articulation occipito-vertébrale	44	46	48 1/2	49
Diamètre bi-auriculaire	12	12	10 1/2	9 6
Diamètre transversal maximum	16	17	17	16 1/2
Diamètre antéro-postérieur maximum	18 1/2	19	19	19 4

21 *Mai* le *poids* était de		9 k. 700
23 *Juin*	—	9 k. 400
7 *Juilet*	—	9 k. 900
21 *Juillet*	—	9 k. 100
28 *Juillet*	—	8 k. 900
11 *Août*	—	8 k. 700
18 *Août*	—	8 k. 200
22 *Août* (après décès)		8 k. 800

Tête. On enlève la calotte crânienne de façon à ce que le trait de scie s'approche le plus près possible du plan de la base du crâne. — Le *liquide céphalo-rachidien,* qui a été presque en totalité recueilli, pèse 1.650 grammes. — *L'encéphale* pèse 860 grammes.

La *base du crâne* est remarquablement aplatie ; les fosses occipitales sont assez profondes et paraissent symétriques ; mais les fosses sphénoïdales, quoique bien marquées, sont moins profondes qu'à l'état normal et leurs bords sont arrondis et mousses ; les apophyses clinoïdes n'existent pas ; la *fosse*

pituitaire est absolument aplatie; les *fosses sus-orbitaires* sont effacées, et en avant d'elles les *os frontaux* ne se sont



Fig. 52. — Calotte crânienne d'All...

pas soudés sur la ligne médiane.

La *calotte crânienne* représente environ les 4/5 d'une sphère

irrégulière. Les *bosses frontales* et *pariétales* sont peu accusées ; au sommet de la tête, sur la ligne médiane, se trouve une saillie arrondie. — La *fontanelle antérieure* a la forme d'une Y : la branche inférieure, représentée par la suture médio-frontale, est large de 3 ou 4 centimètres ; la branche droite ne se prolonge qu'à 4 centimètres de la ligne médiane et les bords qui la limitent se rencontrent en formant un angle

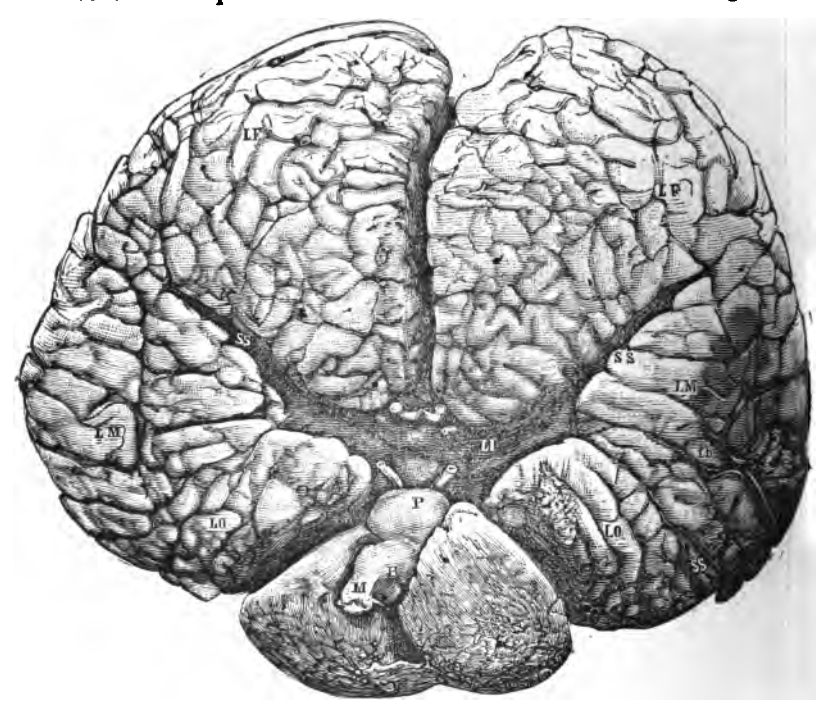


Fig. 53. — L F, lobe frontal. — L M, lobe moyen. — L O, lobe occipital. — S S, scissure de Sylvius. — L I, lobule de l'insula. — P, protubérance. — B, bulbe. — M, moelle. — S S, scissure qui sépare L M, de L O. — *f h*, indique le foyer hémorrhagique placé en dehors.

d'environ 40° ; la branche gauche est analogue à droite, mais les os qui la limitent se prolongent par une suture non ossifiée, limitée en dehors par le frontal et le pariétal, en dedans par un os surnuméraire que nous décrirons plus loin. Cette suture, que l'on pourrait regarder comme la partie droite de

la suture sagittale, était facilement appréciable pendant la vie ; maintenant les os chevauchent les uns sur les autres à ce niveau et l'effacent. Cependant, en tendant la membrane suturale, on peut écarter les deux os de près d'un centimètre. Cette branche va rejoindre la fontanelle postérieure ; son bord



Fig. 54. — V L, ventricule latéral. — C L. cloison transpasente. — C R, circonvolution retournée. — C S, corps strié. — C O, couche optique. — V M, ventricule moyen. — T Q, tubercules quadrijumeaux. — C, cervelet. — F, première circonvolution frontale. — S O, seissure. — L P, lobe paracentral. — L Q, lobe carrè. — C C, corps calleux. — L O, lobe occipital. — *fh* foyer hémorrhagique.

Cette figure et la précédente sont de demi-grandeur naturelle mais après macération du cerveau dans l'alcool.

externe est formé par le frontal pour les $^2/_3$ antérieurs et par le pariétal pour le $^1/_3$ postérieur *(Fig.* 52*)*.

La *fontanelle postérieure* a la forme d'un triangle isocèle

dont la base est tournée en haut et dont le sommet tronqué aboutit à l'angle supérieur de l'occipital. La base, longue de 9 centimètres, est formée par l'os surnuméraire, inter-fronto-pariétal ; les autres côtés, assez irréguliers, formés par les pariétaux, ont environ 14 centimètres. L'angle inférieur est occupé par trois *os wormiens* ayant chacun un peu plus d'un centimètre carré de superficie, et quoique indépendants, placés en contact les uns des autres et des os voisins. L'angle supérieur droit se prolonge avec la partie droite de la suture sagittale comme nous l'avons déjà indiqué ; l'angle gauche se prolonge avec une suture membraneuse analogue mais très peu large, longue de 5 centimètres et allant jusqu'à la réunion des os frontal et pariétal.

En outre des trois os wormiens que nous venons de signaler, il en existe deux autres, allongés dans le sens antéro-postérieur et occupant la ligne médiane de l'aire de la fontanelle postérieure. Le plus élevé est blanchâtre, d'aspect cartilagineux ; il a un centimètre 1/2 de long sur un centimètre de large. Immédiatement au-dessous se trouve le second, qui a 5 centimètres de long sur 3 de large et qui présente les apparences d'une ossification plus avancée. Enfin, au-dessous de l'angle supérieur droit se trouve un triangle d'apparence cartilagineuse de deux centimètres de long, dépendant du pariétal, mais dont la mobilité montre la réunion incomplète.

Les *sutures fronto-pariétales* ne sont pas ossifiées, mais à ce niveau les os sont contigus. A leur jonction avec les sutures qui représentent la sagittale dédoublée se voit une petite fontanelle. La *suture lambdoïde* est normale ; en quelques points on remarque une disposition manifeste à la formation de dentelures. Quant aux *sutures squameuses*, on n'en découvre pas de traces ; le temporal semble faire corps avec le pariétal sans aucune délimitation.

L'*épaisseur des os du crâne* est très faible ; ils sont presque partout translucides, laissant voir çà et là des points opaques ; cette opacité est surtout marquée au niveau de l'os fronto-pariétal où la voûte cranienne parait avoir son maximum de solidité. — Les os ont une certaine *élasticité* que l'on constate aisément aux points où le trait de scie a divisé le temporal.

Le *frontal*, comme nous l'avons déjà indiqué est double ; il n'offre rien de bien particulier à signaler, sinon que son angle supérieur, déjeté latéralement, s'insinue entre l'os surnuméraire et le pariétal et qu'il est relativement aigu. — Les *pariétaux*, unis à la portion écailleuse du temporal, font

partie de la moitié postérieure du crâne; ils sont larges et minces, et ont environ 15 centimètres de dimensions antéro-postérieures. Leur bord antérieur est en rapport avec le frontal, le postérieur avec l'occipital; l'inférieur n'existe pas, puisqu'il est soudé au temporal; le supérieur est arrondi, convexe; son quart antérieur est en rapport avec l'os surnuméraire que nous appelons inter-fronto-pariétal, ses $^3/_4$ postérieurs forment les côtés de la fontanelle postérieure. — L'écaille de l'*occipital* paraît peu développée relativement au reste de la voûte crânienne; elle est d'aspect normal, sauf un point membraneux qui a persisté de chaque côté, à 4 centimètres de la ligne médiane, au niveau des fosses cérébelleuses.

Il ne nous reste plus à décrire que l'*os surnuméraire inter-fronto-pariétal*. Il occupe exactement le sommet du crâne; il est à peu près régulièrement circulaire, et son centre est très saillant; nous avons déjà signalé son épaisseur relativement considérable. Son diamètre est de plus de 15 centimètres si l'on suit sa courbure, et à peine de 13 si on ne la suit pas. Le centre en est nettement osseux; la périphérie a un aspect blanchâtre qui rappelle le cartilage. Libre en avant et en arrière où il limite les fontanelles, il l'est encore du côté droit; à gauche, il est libre dans le tiers postérieur au niveau du pariétal, mais non dans les $^2/_3$ antérieurs où il est presque complètement uni au frontal dont il semble une dépendance.

En examinant la boîte crânienne par sa face interne, on voit la *dure-mère* peu épaisse, très transparente, laissant apercevoir l'arbre artériel de la méningée moyenne. — La *faux du cerveau* est très peu développée, surtout dans sa moitié antérieure où elle n'a pas plus d'un centimètre de hauteur; en arrière, au niveau de l'angle supérieur de l'occipital, elle se bifurque pour se continuer avec la tente du cervelet qui forme une sorte de cul-de-sac médian assez aigu dont le sommet se dirige en haut et s'élève à 5 centimètres au-dessus du plan des parties latérales. — La *faux du cervelet* n'est pas appréciable.

Une *veine* du volume d'une plume de corbeau provenant de la surface de l'hémisphère cérébral gauche et aboutissant au *sinus latéral* du même côté *est oblitérée par une thrombose ainsi que ce sinus*. (*Fig.* 54. v, v).

De chaque côté de la *faux du cerveau* se trouve une mem-

brane qui cloisonne la cavité crânienne de la même façon que cette faux. Ces membranes s'écartent de la ligne médiane au niveau de la partie supérieure de la fontanelle antérieure et viennent se réunir à la tente du cervelet à 4 où 5 centimètres de la bifurcation de la faux du cerveau. La *poche* qu'elles circonscrivaient atteint 8 à 10 centimètres de largeur à droite, et seulement 6 à 7 à gauche. Ces membranes sont minces, transparentes, peu résistantes ; à leur voisinage la dure-mère parait saine, non épaissie. Elles semblent formées par le feuillet arachnoïdien viscéral qui, accolé au feuillet pariétal, s'en détacherait un peu plus loin. Ce qui paraît confirmer cette apparence, c'est que : 1° en certains points il est facile de séparer cette membrane de la dure-mère qui semble alors se dédoubler ; 2° tandis que tout le reste de la membrane qui tapisse la cavité crânienne est lisse, unie, sans prolongement de tissu conjonctif, comme la dure-mère normale, au niveau de la poche ainsi circonscrite, cette membrane présente quelques prolongements de tissu conjonctif et forme quelques aréoles analogues à celles du tissu cellulaire insufflé ; 3° cette poche a été trouvée pleine d'un liquide séreux, en tout analogue au liquide céphalo-rachidien avec lequel il paraissait communiquer ; nous devons dire toutefois que, au palper cette collection donnait la sensation d'un kyste.

En enlevant à la fois la calotte crânienne que nous venons de décrire et le cerveau, on trouve ce dernier nageant dans le *liquide céphalo-rachidien*. En avant, l'extrémité antérieure vient presque au contact des os frontaux ; en arrière, l'extrémité occipitale est assez éloignée de la paroi crânienne. En introduisant la main entre le crâne et le cerveau on constate que celui-ci est comme refoulé en bas et en arrière par une sorte de kyste (la poche décrite ci-dessus), dont on déchire les parois, qui s'implante dans la dure-mère. En palpant la surface du cerveau on la sent se déprimer comme une paroi kystique peu tendue ; on obtient la sensation que l'on aurait en déprimant légèrement la paroi d'un petit ballon de caoutchouc crevé.

21 *mai*, le poids était de	....	9 k. 700
23 *juin* —	....	9 k. 400
7 *juillet* —	....	9 k. 900
21 *juillet* —	....	9 k. 100
28 *juillet* —	....	8 k. 900
11 *août* —	....	8 k. 700

18 *août*	—	....	8 k. 200
23 *août*	—	(après décès)...........	7 k. 800

	21 mai.	18 juin.	7 juil.	17 août.
Circonférence horizontale au niveau de l'insertion des 2 oreilles.............	54	51	54.5	51.5
La plus grande circonférence..........	57.5	58.5	59.5	59.5
1/2 circonférence auriculo-bregmatique	40	40.5	40.5	42
De la racine du nez à l'articulation occipito-vertébrale	44	46	48.5	49
Diamètre bi-auriculaire	12	12	10.5	9.6
Diamètre transversal maximum........	16	17	17	16.5
Diamètre antéro-postérieur maximum.	18 5	19	19	19.4

Dès la naissance, on a remarqué le volume anormal de la tête de l'enfant. Durant les six premiers mois de la vie, la tête a grossi progressivement, mais avec une certaine lenteur. A cette époque surviennent des convulsions intéressant uniquement la moitié gauche du corps suivies d'une paralysie transitoire affectant le même côté. Après ces accidents convulsifs, la tête augmente rapidement. Enfin, pendant le séjour de l'enfant dans le service, des mensurations comparatives nous ont permis de constater un accroissement continu de l'extrémité céphalique, portant principalement sur la plus grande circonférence, la demi-circonférence auriculo-bregmatique et sur la demi-circonférence antéro-postérieure. Si quelques dimensions ont paru diminuer quelques jours avant la mort, ce résultat est attribuable à l'amaigrissement. Comme on le voit, l'hydrocéphalie a eu une marche progressive, avec accélération à la suite des convulsions. On sait que, parfois, elle offre des intermittences.

L'aspect général de la tête et de la face, considéré isolement ou par rapport au reste du corps, n'a offert rien de particulier : il est conforme à la description classique.

L'*intelligence* n'était pas tout-à-fait abolie ; l'enfant reconnaissait ses parents et les infirmières qui le soignaient ; il gazouillait et souriait.

Les *os du crâne*, suivant la règle, étaient très minces, quelques-uns transparents. Mais, en plus des os qui composent régulièrement la voûte du crâne, il existait plusieurs os surnuméraires. C'est sans doute de ces os qu'a voulu parler Franck lorsqu'il écrit que « l'examen cadavérique a fait voir... des os Sésamoïdes, surtout dans le trajet de la suture lambdoïde, à son sommet et quelquefois dans la fontanelle antérieure. » Le principal de ces os surnuméraires, celui que nous avons décrit sous le nom d'os inter-fronto-pariétal, situé sur le trajet de la suture lamboïde, avait de grandes dimensions et une épaisseur de sept millimètres. Par ce dernier caractère cet os se distingue des autres et il permet de se rendre compte de ce qui arrive dans des cas, d'ailleurs exceptionnels, où l'on trouve sur le crâne des bosses frontales ou pariétales très saillantes; ce qui et dû en partie à l'épaississement des os. Il peut arriver aussi, d'après Barthez, « que les os du crâne acquièrent une innaccoutumée destinée à résister à la pression qui s'exerçait sur eux ». Si l'épaississement se fait d'une façon irrégulière, il en résulte une asymétrie plus ou moins prononcée du crâne.

Ici l'hydrocéphalie était à la fois ventriculaire et arachnoïdienne. Les détails consignés dans le procès-verbal de l'autopsie nous dispensent d'insister de nouveau sur ce point. Nous rappellerons seulement que, dans la cavité arachnoïdienne, une partie du liquide était enkystée entre la dure-mère et l'arachnoïde, croyons-nous ; par conséquent, qu'il s'agissait là, — mais partiellement, — d'une hydrocéphalie

externe, pour employer l'expression de Steiner. C'est sans doute à cette disposition qu'il est fait allusion par Blache et Guersant, quand ils disent que « dans quelques cas, les liquides sont accumulés dans des espèces de kystes ».

OBS. X. — IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boissons dans sa jeunesse, gravelle. — Grands-parents paternels, morts très âgés. — Six oncles ou tantes paternels, morts de convulsions. — Une tante et un oncle paternels, morts phtisiques. — Mère, surmenée et mal nourrie dans sa jeunesse. — Grand-père maternel, mort tuberculeux. — Grand'tante maternelle, aliénée. — Oncle maternel, mort tuberculeux. — Autre oncle, excès de boissons. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 24 ans. — État actuel. Teigne. Rougeole. Mort.*

AUTOPSIE. — *Examen de l'encéphale. — Dilatation plus considérable du ventricule gauche. Dilatation moyenne du ventricule droit, et légère distension du quatrième ventricule.*

Sor... (Armand, Louis), né à Paris, le 25 avril 1882, entré le 17 février 1888 à Bicêtre (Service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (*Renseignements fournis par la mère de l'enfant le* 23 *mars* 1888). — *Père*, 51 ans, limonadier, est marié en secondes noces, sa première femme étant morte tuberculeuse. Il buvait beaucoup autrefois, surtout du vin. Aujourd'hui il ne fait plus d'excès. Fort et vigoureux il est actuellement atteint de gravelle. — [*Famille du père.* — *Père*, mort à 83 ans, on ne sait de quoi. — *Mère*, morte à 90 ans, après peu de jours de maladies, se portait toujours bien. — *Grands parents paternels*, robustes, morts l'un à 99 ans, l'autre à 96 ans. — Les *grands-parents maternels* sont aussi morts très âgés mais on ne peut donner sur eux aucun détail précis. — Neuf *frères ou sœurs* : 6 sont morts en bas âge de *convulsions* ; Une *sœur* est morte à 7 ans, on ne sait de quoi. — Une *autre sœur* est morte assez jeune, phtisique, elle n'avait pas d'enfants et était déjà mariée à un phtisique, Un *frère*, célibataire est mort à 35 ans, phtisique. Il faisait des *excès de*

boisson, était un peu fantasque, aimait beaucoup à canoter et se jetait souvent à la Seine pour gagner des paris. A part cela, rien de particulier à signaler dans la famille du père].

Mère, 27 ans, s'est mariée malgré la grande différence d'âge de son mari afin d'échapper à sa famille mal disposée pour elle. De 14 à 20 ans, elle fut placée dans la communauté du Bon Pasteur à Cholet. Elle y fut astreinte à un travail exagéré avec une nourriture insuffisante (lever à 4 heures 1[2, été comme hiver, coucher à 8 heures 1[2; 10 à 12 heures de travail). Réglée à 11 ans, elle fut toujours bien portante, mais est nerveuse, impressionable et pleure facilement. Elle paraît intelligente. [*Famille de la mère*. — *Père*, mort tuberculeux, a eu de nombreuses hémoptysies et faisait de rares excès de boisson. — *Mère*, 55 ans, bien portante, se plaint parfois de maux de tête. Elle est atteinte actuellement d'une tumeur(?) à la main droite. — Pas de renseignements sur les *grands-parents*. — Une *tante maternelle* est devenue *folle* à 37 ans, la folie n'était pas violente, elle mourut chez elle à 40 ans. — Deux *frères*: Un mort *tuberculeux* à 17 ans; l'*autre*, 28 ans, bien portant, fait de nombreux *excès de boissons*. Il a une petite fille de deux ans et demi en bonne santé. — Une *sœur*, 31 ans, bien portante, ainsi que les deux enfants. A part ces renseignements, rien de particulier dans la famille de la mère]. *Pas de consanguinité*. — Inégalité d'âge de 24 ans.

Trois *enfants*. Nous ne pouvons donner aucun renseignement sur ces enfants, ni sur les antécédents immédiats de notre malade. Cependant nous pouvons affirmer que l'enfant était assez mal soigné chez lui, car on a constaté qu'à son entrée, il avait la tête couverte de poux.

Etat actuel (25 février 1888). — *Tête* volumineuse; asymétrique. — *Crâne* arrondi, légèrement aplati dans la région pariétale droite. Les bosses pariétales sont peu prononcées. — *Front* élevé, large; bosses frontales saillantes. Arcades sourcillières peu marquées. — *Yeux*; légère blepharite; pas de strabisme; iris bleus; pupilles égales; la *vue* parait normale. — *Nez* aquilin, l'*odorat* semble bon. — *Bouche* petite, lèvres un peu épaisses. La bride médiane qui unit la lèvre supérieure aux gencives est très développée. *Dentition* régulière, mais usure des molaires, due sans doute aux *grincements de dents* de l'enfant. Voûte palatine ogivale. *Goût* parait normal. — Menton arrondi. — *Oreilles* un peu écartées du crâne, bien ourlées, lobule complètement adhérent.

Cou : 285 mm., pas de saillie goîtreuse. — *Thorax* : légères saillies *rachitiques* de chaque côté du sternum. — *Abdomen*, rien de particulier.

Membres bien conformés. Le membre inférieur semble moins habile, et plus faible ; il traîne un peu.

Puberté. — Cheveux peu abondants et blonds. Sourcils clairs, cils rares. — Le reste du corps est glabre. *Verge* : long : 3 cm ; circonférence 4 cm. ; prépuce long, non découvrable. *Testicule* droit en *ectopie inguinale* ; testicule gauche à l'anneau de la grosseur d'une petite amande.

L'enfant est gâteux complet, ne parle pas, il serait coléreux et gourmand.

	1888		1889		1890	
	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet
Poids	18.000	18.100	17.900	17.200	00.000	00.000
Taille	1 m. 04	1 m. 06	1 m. 06	1 m. 07	1 m 07	0 m 00

Mensurations de la tête.

	1888	1889
Circonférence horizontale maxima	52.5	54
1/2 circonférence bi-auriculaire	34.5	36
Distance de la protubér. occipit. ant. à la racine du nez	33	37
Diamètre ant. port. max	17	17
Diamètre bi-auriculaire	12	12
Diamètre bi-pariétal	15.3	15.5

1889. — L'enfant contracte la *teigne* tondante et est placé à l'isolement.

Puberté (24 octobre). — Le système pileux n'est pas plus développé. Les deux testicules, de volume égal, sont dans les bourses. La *verge* a 4 centimètres de longueur et de circonférence. *Phimosis* léger, gland découvrable.

23 *novembre*. — L'enfant est pris de diarrhée.

13 *décembre*. — Fièvre, catarrhe oculaire et nasal ; passage à l'isolement.

16 *décembre*. — *Eruption rubéolique* nette et intense. Diarrhée abondante, affaiblissement considérable.

1890. — La rougeole suit son cours régulier, l'état général

reste mauvais; la diarrhée réapparaît abondante le 12 janvier. L'enfant meurt le 18 janvier dans un état de maigreur extrême et en hypothermie. — *Poids*, après le décés, 10 kilogrammes 500.

T. R. Aussitôt après la mort	....	34°
— 1/4 d'heure —	....	34°
— 1 — —	....	32°,8

AUTOPSIE du 19 janvier 1890. — Base du *crâne* asymétrique (*plagiocéphalie*). Les bosses frontales droite et pariétale gauche sont plus saillantes. Les *sutures* sont normales, la *suture métopique* est aussi nette que les autres. — A l'ouverture du crâne, *le cerveau s'affaisse*, surtout au niveau de la région frontale qui paraît fluctuante. La *dure-mère* est reliée à la *pie-mère* par de nombreux tractus peu résistants.

Cerveau	980 gr.
Hémisphère droit	560
Hémisphère gauche	420
Hémisphère cérébelleux droit	75
Hémisphère cérébelleux gauche	85
Bulbe protubérance	25
Moelle épinière	35

Hémisphère cérébral droit. — Les circonvolutions sont bien développées et n'offrent pas d'anomalies.

Hémisphère cérébral gauche. — Les circonvolutions du lobe frontal, la pariétale ascendante sont bien développées et d'aspect normal; il en est le même des circonvolutions de la face interne. Le reste du lobe pariétal, le lobe temporo-sphénoïdal sont ratatinés, gaufrés et trés durs, ils présentent une coloration jaunâtre dont l'intensité est plus grande au niveau du pli courbe. La *paroi des ventricules est rugueuse; le ventricule latéral gauche est très dilaté* surtout au niveau de sa corne sphénoïdale; — Le *ventricule droit* bien que distendu, l'est beaucoup moins que le gauche. — Le septum lucidum est très mince. — Le *quatrième ventricule* est dépoli et un peu dilaté. Ces ventricules contenaient environ 140 grammes de liquide hydrocéphalique.

Le *cervelet*, le *bulbe*, la *protubérance* et la *moelle* n'offrent aucune lésion macroscopique.

Cou. Pas de traces de *thymus.* — *Corps thyroïde* : 8 grammes.

Thorax. — *Poumon* (110 gr.), congestionné à sa base. — *Poumon* droit (116 gr.) *plèvres*, rien. — *Cœur* (60 gr.) sans anomalie, ni lésions.

Abdomen. — *Foie* (410 gr), congestionné. *Rate* (50 gr.). — *Rein* gauche (60 gr.), *Rein* droit (58 gr.), très congestionnés. — *Pancréas* (25 gr.). — *Vessie*, rien de particulier. — *Estomac et intestins* très dilatés, muqueuse saine.

La mort semble être le fait d'un *état cachectique* progressif.

Ici encore le bilan héréditaire ne laisse rien à désirer : l'*alcoolisme*, les *accidents convulsifs*, la tuberculose se manifestent tant du côté du père que du côté de la mère. Une particularité à noter est l'inégalité d'âge des parents. Le père avait 24 ans de plus que la mère. Nous enregistrons ce fait qui a été donné comme un facteur possible de l'idiotie.

L'autopsie nous montre une dilatation plus grande du ventricule latéral gauche et une légère dilatation du quatrième ventricule. Aucune localisation paralytique ne pouvait durant la vie faire prévoir ces particularités. Il est bon d'ajouter que le liquide hydrocéphalique n'était pas en quantité très considérable. (140 gr.)

OBS. XI. — HYDROCÉPHALIE VENTRICULAIRE : IDIOTIE.

SOMMAIRE. — *Père, alcoolique. — Tante maternelle, névropathique. — Pas de consanguinité. — Rapports sexuels pendant l'ivresse. — Hydrocéphalie congénitale. — Impotence musculaire. — Cécité. — Gâtisme. — Parole incomplète. — Accès épileptiques. — Tentatives d'éducation : résultats. — Mort dans un accès.*

AUTOPSIE. — *Déformations multiples des os de la base du crâne. — Aplatissement et distension des circonvolutions cérébrales. — Dilatation considérable des ventricules latéraux. — Etat de la dure-mère. — Absence des hémisphères cérébelleux* (1).

(1) Nous extrayons cette observation d'un travail (*Contribution à l'étude de l'idiotie*) qui a paru dans les *Archives de neurologie* (1880, t. I, p. 69,390).

R... (Marie-Emilie), entrée dans le service de M. Moreau, le 15 mai 1876, à l'âge de 10 ans, est passée dans le service de M. DELASIAUVE le 16 octobre 1877.

Antécédents (1877). — Aucune affection nerveuse chez les ascendants directs ou collatéraux. — *Père,* marchand de poisson à la halle, alcoolique dès le mariage (à 27 ans), buvait surtout du vin; il est mort à 40 ans, d'une maladie de poitrine. (1876). — En 1869, à la suite d'une chute dans une cave, ayant produit une contusion de la face et de la tête, il a eu un accès de *delirium tremens* (hallucinations de la vue et de l'ouïe, insommie, agitation, idées de jalousie, de duels, de mort, etc.); il a été conduit à l'Hôtel-Dieu. Là, il a voulu se suicider en se coupant le cou avec un rasoir; alors on l'a envoyé à Sainte-Anne, puis à Ville-Evrard. Guéri au bout de 3 mois.

Mère, 35 ans, marchande à la halle, bien portante. Une de ses sœurs a eu des troubles intellectuels et des attaques d'hystérie au moment de la puberté. — Pas de consanguinité. — 6 enfants et une fausse couche. L'aîné est mort de convulsions à 5 mois; notre malade est la 2e, le 3e est un garçon de 10 ans et demi, bien portant: les 4e 5e et 6e sont morts à 7 mois, 16 jours, et 6 mois, on ne sait de quelle maladie. — Rapports sexuels durant l'ivresse

Antécédents personnels. — R... est née à terme. Rien de particulier n'avait signalé la *grossesse* : comme dans les autres, scènes avec son mari qui rentrait ivre. — *Accouchement* naturel; on s'aperçut, dès la naissance, que l'enfant était *hydrocéphale.* Elle fut élevé à la cuiller, car elle ne put jamais prendre le sein.

A 18 mois, elle ne parlait pas du tout. D'après la mère, elle avait la tête déjà aussi volumineuse qu'aujourd'hui; les membres ont toujours été grêles; l'enfant voyait *un peu* des deux yeux qui étaient moins enfoncés dans les orbites qu'ils ne le sont aujourd'hui. Vers 5 ans, elle a commencé à parler. Elle avait l'habitude d'enfoncer ses doigts dans ses yeux. — Elle n'a jamais marché, ni pu tenir quelque chose dans ses mains.

A 7 ans, ophtalmie, suivie de cécité complète, gourmes, écoulements d'oreilles, etc. — Pas d'onanisme. A 5 ou 6 reprises différentes, elle aurait eu des « attaques de nerfs. » Une fois dans le service de M. Moreau, elles auraient duré six heures consécutives. — Elle a toujours été affectueuse pour sa nourrice et pour sa mére. Elle a toujours été gâteuse.

Depuis 2 ans, on ne trouve pas de changement notable dans sa situation, si ce n'est que ses membres sont plus amaigris. La *parole* et l'*intelligence* sont les mêmes. L'enfant n'a ni gagné ni perdu.

État actuel. (Novembre 1877.) — *Tête* volumineuse. — *Face* petite, étroite, vieillote, triangulaire ; yeux très enfoncés, non seulement à cause de leur état pathologique, mais surtout à cause de l'exiguité de la face et de la saillie très prononcée des arcades orbitaires ; nez régulier. La lèvre supérieure présente, à un centimètre de chaque commissure, une encoche de 4 à 5 millimètres environ, sorte d'esquisse de *bec-de-lièvre*. — Partout les os de la tête sont durs, très résistants ; au niveau de la suture bipariétale, on sent l'os bombé. Zone large d'environ 3 ou 4 centimètres, totalement dépourvue de cheveux, étendue d'une bosse pariétale à l'autre.

Circonférence de la tête au niveau des bosses frontales, pariétales, etc	53,5
Du trou occipital à la racine du nez	43,5
D'un trou auditif à l'autre, transversalement	43,5

La malade tient toujours la tête fléchie sur la poitrine. Elle la relève pourtant de temps à autre, quand elle veut boire ou causer, puis elle la laisse retomber.

Les *membres supérieurs* sont allongés, également amaigris. Ils restent, en quelque sorte, dans l'extension forcée. Sensibilité intacte : R... sent le chatouillement, le pincement, etc., aussi bien d'un côté que de l'autre. La peau a une coloration violacée.

Les *membres inférieurs* sont ordinairement tenus dans la flexion, rarement ils sont allongés. Comme les supérieurs, ils sont violacés. Les cuisses et les jambes sont longues et grêles. Pas de déformation des pieds. — La sensibilité est normale.

R..., quoique hydrocéphale et aveugle, conserve une certaine intelligence, comprend assez de choses, reconnait bien les personnes qui l'entourent au timbre de leur voix, parle très lentement, etc.

1878. 18 *mars*. — Accès dans lequel les convulsions prédominent du côté gauche. Tout le corps était rigide : écume, ronflement pendant dix minutes environ. — Vers minuit, nouvel accès.

19. — P. 96 ; T. R. 39°,4, La malade ne parle pas, ses jam-

bes sont un peu contracturées, ainsi que les bras. — Submatité, au niveau de l'omoplate droite ; quelques râles ronflants disséminés. — *Soir* : T. R. 38°,2.

20 *mars*. — T. R. 38°,5. — *Soir* : P. 66 ; T. R. 38°, 8. — R... paraît mieux, elle répond aux questions qu'on lui adresse. La submatité a presque disparu, respiration moins rude.

21 *mars*. — T. R. 38°.

22 *mars*. — T. R. 38°,5. — *Soir* : T. R. 38°,2.

23 *mars*. — T. R. 37°. — Amélioration.

Septembre. — Depuis le commencement de l'été, nous avons essayé de la faire marcher ; on est arrivé à la maintenir debout et à lui faire faire quelques pas. Elle remue les bras, les jambes, mais les mouvements sont faibles. — Traitement tonique.

Novembre. — Émacion progressive, matité aux deux sommets en arrière, quelques petits râles, pas de paralysie.

1879. 13 *janvier*. — Quatre accès dans l'après-midi.

14. — *Soir* : T. R. 40°. — Nuit tranquille.

15. — La malade refuse de se lever, se plaint d'avoir froid. — T. R. 39°,5. — Mort dans un accès.

AUTOPSIE. — Les *os de la voûte du crâne* sont tous soudés. Toutes les sutures sont fermées ; la fronto-pariétale présente de fines dentelures. Toutes sont minces, transparentes à contre-jour, à l'exception de la frontale, qui est très épaisse dans sa moitié inférieure. Au niveau des deux fontanelles, antérieure et postérieure, l'os est mince, quoique non dépressible, non papyracé. Pas d'os wormiens, *crâne* aminci.

La *dure-mère* s'est déchirée au niveau des bosses orbitaires, pendant qu'on tirait sur la calotte crânienne pour l'enlever. Elle adhérait beaucoup plus fortement que de coutume à la suture bi-pariétale.

La *base du crâne* est absolument déformée, la moitié droite est plus profonde et plus large que la gauche. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le rocher est complètement aplati des deux côtés et que la fosse pariétale a sa dépression *maxima*, correspondant à l'aplatissement du rocher.

Les *bosses orbitaires* sont très saillantes, lisses et unies, entièrement dépourvues d'éminences mamillaires, apparence qu'on retrouve du reste partout plus ou moins marquée. La *bosse coronale droite* est plus étalée que la *bosse coronale gauche*.

L'*apophyse crista-galli* semble rejetée en arrière, ce qui

tient au refoulement en avant de la portion verticale du frontal. La *selle turcique* est très étroite, la *lame quadrilatère du sphénoïde* très effacée; la *gouttière basilaire*, au lieu d'être légèrement inclinée de haut en bas et d'avant en arrière, est tout à fait verticale.

La *tente du cervelet* n'existe pas, ou plutôt elle est représentée par deux lames indépendantes l'une de l'autre et très obliquement disposées, à peine plus larges en arrière qu'en avant.

Le *trou de Pacchioni* se trouve donc entièrement déformé; d'ovalaire il est régulièrement ellipsoïde, et son grand diamètre s'étend de la lame quadrilatère à la bosse occipitale interne.

La *loge du cervelet* est extrêmement étroite, limitée qu'elle est par les lames de la dure-mère, décrites plus haut. C'est une fosse ellipsoïde, à grand diamètre antéro-postérieur.

Il n'y a pas de *liquide céphalo-rachidien* sous l'arachnoïde. — *Pie-mère* très mince, peu vasculaire, sans adhérence; elle se rompt très facilement; de là, décortication pénible.

Les *circonvolutions cérébrales* sont aplaties, étalées. — La substance encéphalique est ramollie.

Cerveau énorme, remplissant toute la cavité crânienne. — *Cervelet* rudimentaire, à peine du volume d'un petit œuf de pigeon.

Les *ventricules latéraux* sont considérablement dilatés et contiennent 570 grammes d'un liquide clair, limpide; soustraction faite de ce liquide ventriculaire, l'encéphale ne pèse plus que 770 grammes.

Les *hémisphères cérébelleux* MANQUENT TOTALEMENT, en sorte que le cervelet n'est représenté que par le vermis, légèrement renflé sur ses parties latérales. — Le *bulbe* et la *protubérance* sont normaux.

Ici, l'idiotie reconnaît évidemment pour cause l'hydrocéphalie. Celle-ci, de son côté, nous paraît pouvoir être attribuée à l'*alcoolisme* du père qui, dès les premiers temps du mariage, commettait de fréquents excès de boisson et avait souvent des rapports sexuels alors qu'il était « entre deux vins. »

Les tentatives qui ont été faites pour améliorer la situation de l'enfant, quoique tardives, ont donné quelques résultats et il est fort probable que, commencées plus tôt, elles auraient abouti à ce que l'enfant

fût capable de marcher seule et de se servir de ses mains.

Les lésions relevées à l'autopsie, en ce qui concerne le cerveau, n'ont rien d'extraordinaire : les circonvolutions étaient étalées, les sillons peu profonds, les ventricules latéraux très dilatés, comme dans tous les cas d'hydrocéphalie ventriculaire. L'arrêt de développement du cervelet, les modifications de la dure-mère cérébelleuse et surtout la déformation des os de la base du crâne, constituent les points les plus intéressants de ce cas.

Les *hydrocéphales simples*, dont nous venons de relater l'histoire détaillée, offrent, au point de vue de l'anatomie de leur *crâne* et de leur *cerveau*, des particularités intéressantes. Au premier abord, ils semblent forts différents et bien qu'atteints tous d'un certain degré de plagiocéphalie, on doit pour synthétiser leurs caractères, les diviser en deux groupes. Mais après ce travail de synthèse, il est facile de poser et de défendre l'hypothèse qui nous porte à considérer le premier groupe comme une étape du second et à penser que ce dernier constitue un degré de l'évolution, nous dirons même presque de la guérison de l'hydrocéphalie.

1° Le premier groupe comprend les crânes d'Ess.., de Gard... et de Lob... Arrondis, brachycéphales, il y a chez tous persistance de la fontanelle antérieure. La fontanelle postérieure persiste chez Ess... et les sutures distendues sont membraneuses chez Lob... La suture métopique persiste (Gard...) ou apparait à l'état de vestige (Ess... et Lob...). Les sutures coronaire et sagittale sont presque rectilignes. Des os wormiens plus ou moins nombreux sont enclavés dans la suture lambdoïde. Les os sont très minces, poreux, d'aspect

membraneux, transparents et rayonnés. Une bande de tissu très vasculaire borde les fontanelles et les sutures. Bien qu'ayant ces caractères généraux, la suture coronaire est presque entièrement synostosée chez Ess.

2° Le second groupe est fort différent. Il comprend les crânes de Cœur.., Chev..., Gren... et Revill... Ces crânes, moins brachycéphales, ont un développement occipital exagéré. Il n'y a pas de persistance des fontanelles, ni de la suture métopique. Les autres sutures sont dentelées assez simplement, même en dents de souris. Les os wormiens abondent à la suture lambdoïde. Chez Cœur..., on en constate aussi sur le trajet de la suture coronale. Les os sont lourds, même très lourds. Leur table interne porte les empreintes profondes des vaisseaux méningés. Les plaques transparentes y sont rares. La calotte de Gren... présente de plus une particularité digne d'être notée : Très épaisse, très lourde, elle est formée de deux lames de tissu compact entre lesquelles est une large couche d'un tissu spongoïde qui permettrait de comparer la texture de ce crâne au fragment curieux conservé au Musée Dupuytren et que l'on y désigne sous le nom de *tranche de melon*.

Nous avons laissé pressentir que, malgré la différence de ces crânes, on ne pouvait établir de scission chez les hydrocéphales simples, la comparaison de l'état macroscopique de leur cerveau justifiera notre opinion. En effet, si le cerveau d'Ess... est réduit à une *vaste poche kystique,* où il est difficile de soupçonner des vestiges de circonvolutions, nous trouvons chez Gard... un cerveau distendu, à circonvolutions aplaties, à scissures à peine marquées mais nettement perceptibles. Lob... offre des hémisphères à apparence presque normale, dont la configuration s'éloigne peu de-

celle des cerveaux de Chev..., de Gren..., de Revill..., et de Cœur... Certes tous ces cerveaux ont des caractères propres : L'un (Gren...) a surtout le ventricule latéral gauche distendu, tandis que chez Lob... c'est surtout le droit. Gren... offre une très petite *tumeur* de l'extrémité de la faux du cerveau ; tandis que Revil.. a de la dilatation du 4e ventricule, fait exceptionnel dans les cas que nous avons observés. Néanmoins tous ces cerveaux offrent des lésions analogues et ont un aspect général identique, il n'y a entre eux qu'une différence de degré.

Les enfants dont nous avons classé les crânes dans ce premier groupe sont morts entre 2 ans et 2 ans et demi. Chez eux le *liquide hydrocéphalique* est très abondant et le crâne mince et distendu. Ceux qui, pour nous, forment le second groupe, ont une quantité de liquide relativement faible dans les ventricules, tandis que le crâne est épais. Le tableau comparatif suivant fournira un argument plus éloquent :

NOMS.	AGES.	POIDS DU CORPS APRÈS DÉCÈS.	POIDS TOTAL DE L'ENCÉPHALE.	POIDS DU LIQUIDE HYDROCÉPHALIQUE.
Ess	2 ans.	5 k. 450 gr.	1.615 gr.	960 gr.
Lob	2 ans.	5 k. 120 gr.	1.655 gr.	1.000 gr.
Gard.........	2 ans 1/2	7 k. 500 gr.	1.280 gr.	500 gr.
Chev	18 ans.	47 k. 600 gr.	1.560 gr.	150 gr.
Cœur	19 ans.	26 k. 000 gr.	1.180 gr.	120 gr.
Gren	18 ans.	67 k. 200 gr.	1.750 gr.	100 gr.

La première partie de ce tableau comprend trois enfants âgés de 2 ans à 2 ans et demi, pesant de 5 à 7 kilog. environ. Le poids total de leur encéphale oscille entre 1.200 et 1.600 gr. et la quantité de liquide varie de 500 à 1.000 gr. Les seconds sujets de la seconde partie du tableau ont de 18 à 19 ans; leur poids est de 26 à 47 kilogr.; leur encéphale pèse de 1.100 à 1.700 gr. environ et la quantité de liquide hydrocéphalique atteint 100 gr. et ne dépasse pas 150 gr. Ne pouvons-nous pas aisément en conclure que ces trois derniers crânes et l'encéphale se sont développés aux dépens du liquide et que très vraisemblablement les lésions moins intenses observées chez eux proviennent d'une rétrocession de l'hydrocéphalie. Il est probable que, si vers l'âge de 2 ans, ils étaient morts, l'autopsie aurait révélé chez eux un état analogue à celui des trois premiers enfants de notre tableau. Le raisonnement réciproque pourrait être appliqué à ceux-ci et il est regrettable que nous n'ayons pas, dans nos observations d'hydrocéphales simples, d'autopsie entre 2 ans et 19 ans, pouvant nous permettre d'établir une transition dans l'évolution avec l'âge de cette hydrocéphalie. Nous reconnaissons néanmoins que les trois premiers enfants étaient atteints d'un degré considérable d'hydrocéphalie et que les lésions secondaires de l'encéphale, comme celles d'Ess..., laissent peu d'espoir dans l'amélioration de pareille affection et sont peu compatibles avec la vie.

Le groupe qui comprend Alix..., Sor... et la petite fille de la Salpêtrière dont l'observation a été publiée dans les *Archives de Neurologie*, est formé de cas disparates qui font exception à la règle et qui, à cause des complications particulières à chaque cas, ne peuvent être reliés entre eux par aucun autre phénomène que l'hydrocéphalie. Alix.., en effet, était atteint d'hydrocéphalie enkystée, tandis que Sor.. pré-

sentait une dilatation plus grande du ventricule latéral gauche et une dilatation de l'aqueduc de Sylvius, et du quatrième ventricule, lésion que nous n'avons pas rencontrée dans l'hydrocéphalie simple. Quant à la petite fille de la Salpêtrière, le manque des lobes cérébelleux mérite qu'on la classe en dehors des hydrocéphales ordinaires.

§ II. HYDROCÉPHALIE AVEC SCAPHOCÉPHALIE.

Le second groupe de nos *hydrocéphales* est composé de ceux qui présentent une configuration toute différente de la tête classique, dont nous venons de donner des exemples. Chez eux, la tête présente la déformation connue sous le nom de *scaphocéphalie*. Les observations suivantes, accompagnées de figures, donnent une idée très exacte de cette forme d'*hydrocéphalie*

OBS. XII. — SCAPHOCÉPHALIE *(Résumé)*.

SOMMAIRE. — *Père, colérique, eczémateux. — Rien de particulier du côté paternel. — Mère, impressionable, névralgie. — Rien du côté maternel. — Consanguinité (cousins germains). — Grossesse : rien de particulier. — Accouchement prématuré entre 8 mois et 8 mois 1/2. — Chétif, tête très allongée à la naissance, nourri au sein, sevré à 2 ans. — Début de la marche à 20 mois. — Début de la parole à un an. — Bronchites répétées durant les trois premières années. — Pas de convulsions. — Onanisme constant. — Premier accès épileptique à 3 ans, puis accès mensuel diurne durant un an. Les accès deviennent diurnes et nocturnes et plus nombreux à 4 ans. — A 5 ans, outre les accès, absences et vertiges. — Irascibilité, impatience.*

AUTOPSIE. — *Méningite purulente. — Hydrocéphalie ventriculaire. — Tubercules crétacés. — Cavernules. — Mal de Pott.*

Charm.... (Émile), né le 23 mai 1875, entre le 16 novembre 1880 à Bicêtre où il est décédé le 21 juillet 1884.

L'observation de cet enfant a été publiée *in-extenso* dans le IIIe volume des *Comptes rendus du service des enfants*

(1882, page 13). Nous nous bornerons donc à donner ici la fin de son histoire et le résultat de l'autopsie.

1880. — *Tête* allongée volumineuse, avec prédominance des parties postérieures et aplatissement transversal (*scaphocéphalie*) (*Fig.* 55).

Circonféreuce horizontale	545
Diamètre antéro-postérieur	185



Fig. 55. — D'après un dessin fait en 1880 par notre interne de cette année, d'Ollier.

— bi-pariétal	145
— bi-temporal	105

Enfant bien constitué, sans difformités. Les sens fonctionnent normalement. Intelligence médiocre. Mémoire assez bonne. Parole un peu bégayante.

1881. *Janvier*. — Rubéole.

1882. *Mars*.— Bronchite, diarrhée, congestion méningitique. Le traitement a consisté en *hydrothérapie* qui a considérablement diminué les accès et en injections sous-cutanées de *curare* à partir du 6 novembre 1882.

1883. *Novembre*.— Apparition des symptômes du *mal de Pott*. 20 *décembre*. — Ponction d'un abcès par congestion (250 gr. de pus). Fistule consécutive.

1884. 20 *juillet*. — Accidents de *méningite purulente cérébro-spinale*. — 31 *juillet*. Mort.

Tableau des accès et des vertiges.

Mois.	1880		1881		1882		1883		1884	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier			31	7	25	»	6	3	10	»
Février			58	»	58	»	5	»	12	4
Mars			34	»	67	»	6	»	32	»
Avril			40	»	38	»	6	4	94	»
Mai			25	»	5	»	13	3	67	»
Juin			105	»	»	»	22	1	62	15
Juillet			51	»	»	»	6	»	20	»
Août			8	»	3	»	13	8		
Septembre			5	»	49	»	15	»		
Octobre			7	»	52	»	12	»		
Novembre	18	»	31	»	23	»	42	»		
Décembre	17	60	31	»	23	»	13	»		
Total	35	60	397	7	333	»	159	19	297	19

	1880	1881		1882	1883	
	Nov.	Juill.	Nov.	Janv.	Janv,	Juin.
Poids	19.500	19.700	20.530	20.000	21.900	22.300
Taille	1 m. 06	1 m. 08	»	1 m. 08	1 m. 11	1 m. 13

AUTOPSIE. — A l'ouverture du crâne, il s'écoule un *liquide hydrocéphalique* abondant qui, collecté à la fin de l'autopsie, pèse environ 300 grammes. La *pie-mère* est très fortement vascularisée sur tout le cerveau. La *pie-mère* de la base, surtout au niveau du chiasma, de l'espace interpédonculaire, des pédoncules et de la protubérance, est infiltrée d'une épaisse couche purulente (méningite purulente).

Encéphale	1510 gr.
Cerveau	1295
Hémisphère droit	645
— gauche	650
Cervelet et bulbe	185
Moelle épinière	25

Sur les deux hémisphères, on trouve des amas purulents au niveau des cornes frontales, des scissures de Sylvius dont les bords adhèrent et au sommet de la face convexe au niveau du bord de la scissure inter-hémisphérique. Une traînée purulente accompagne les vaisseaux.

Les bases bulbaire, cérébelleuse, protubérantielle et cérébrale reposent sur de véritables *confluents purulents* qui son accumulés au niveau des confluents céphalo-rachidiens. Ces confluents sont formés par une infiltration des méninges par un pus très épais et l'on doit les détacher avec des ciseaux pour obtenir la décortication pénible du cerveau. — La *moelle* baigne dans un pus épais et gluant au niveau de la première vertèbre lombaire. La *queue de cheval* est plongée dans le pus. La partie inférieure de la moelle dorsale est tuméfiée et fluctuante.

Sur les *deux hémisphères*, les *circonvolutions* sont bien développées, les sillons assez profonds. — Les *ventricules latéraux* sont uniformément *dilatés* dans leurs trois cornes. La méninge intra-ventriculaire est infiltrée de pus.

Thorax. — *Plèvres* adhérentes au sommet droit. — *Poumon droit* (240 gr.); il contient à son sommet une *caverne calcifiée* de la grosseur d'une noix et s'ouvrant dans une bronche. Des *cavernules* se trouvent à la périphérie dont une calcifiée et entourée de trois tubercules visibles à l'œil nu. Ces cavités renferment la plupart un liquide séro-purulent. Le reste du poumon est en partie sclérosé. — *Poumon gauche* (170 gr.), n'offrant qu'un léger œdème à la base. — *Péricarde, cœur* (115 gr.), rien de particulier.

Abdomen. — *Rate* (130 gr.), parenchyme diffluent avec

adhérences et plaques laiteuses ; une de ces plaques contenait un petit noyau calcaire. — *Foie* (850 gr.), aucune lésion apparente. — *Reins*, droit et gauche (100 gr. chacun), un peu hypérémiés ; le rein gauche contenait, au niveau de l'union des deux substances, un petit *kyste* de la grosseur d'un pois. — Rien de particulier à noter à l'examen de la *vessie*, des *uretères*, des *testicules*, du *pancréas*. — L'*estomac* et le *colon* sont fort dilatés.

Le *thymus* persiste, mais, ses vertiges sont peu considérables.

Rachis. — Le corps de la *première vertèbre lombaire* est complètement détruit par un processus tuberculeux. Le pus est descendu à droite et à gauche le long des vaisseaux jusqu'au niveau de l'arcade de Fallope et est entouré d'une poche pseudomembraneuse. Le corps de la *seconde vertèbre lombaire* présente aussi une excavation caverneuse capable de contenir une noisette. Le mal de Pott... est indiscutablement l'origine de la méningite purulente qui a déterminé la mort du malade.

Le *crâne* offrait, ici, d'une façon très nette la forme que l'on a décrite sous le nom de *scaphocéphalie*.

OBS. XIII. — HYDRO-SCAPHOCÉPHALIE. RÉSORPTION DU LIQUIDE. CACHEXIE PROGRESSIVE.

SOMMAIRE. — *Père, rhumatisant, nerveux. — Grand'mère maternelle, rhumatisante et migraineuse. — Oncle paternel, bègue. — Mère, fièvres intermittentes à 11 ans. — Grand-père maternel, apoplexie et hémiplégie transitoire. — Grand'mère maternelle, migraineuse. — Aïeux, paralysés et alcooliques. — Cousin germain, idiot. — Sept cousins morts de convulsions. — Grand-oncle maternel, bègue. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an. — Sœur morte de convulsions et deux autres de congestion cérébrale.*
Chute à 3 mois. Première dent à un ans. — Parole à 15 mois. — Marche à 22 mois. — Accroissement de la tête à 2 ans 1/2. — Faiblesse des membres inférieurs. — Oblitération de la fontanelle antérieure à 3 ans 1/2. — Répugnance au mouvement jusqu'à 4 ans suivie de turbulence. — Voracité, salacité, gâtisme, clastomanie, violence. — Scarlatine, bronchites, diphtérie. — État actuel. — Aspect de la tête. — Monorchidie. — Cachexie progressive. — Mort.

AUTOPSIE. — *Examen du crâne. — Congestion méningée. — Dilatation du ventricule latéral gauche. — Absence de lésions macroscopiques expliquant la mort.*

Chev. (Georges), né à Boulogne (Seine) le 8 janvier 1883, âgé de 8 ans, entre le 24 juin 1891, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère, 1er juillet 1891.) — *Père,* ébéniste, 44 ans, est un homme intelligent, artiste même en son métier. Arthritique et chauve de bonne heure, il n'a eu comme affection un peu sérieuse que des douleurs articulaires rhumatismales avec quelques accidents cardiaques consécutifs. Il est sobre, doux avec les siens, mais un peu vif. — [*Famille du père. Père,* 81 ans, très bien portant, sobre, travaille encore et n'a jamais eu de maladie grave. — *Mère,* 72 ans, en bonne santé, était sujette dans sa jeunesse aux *migraines* et passait pour être nerveuse. — Les grands-parents morts quadragénaires se portaient bien. Un *frère* a eu 8 enfants, tous morts de *convulsions,* sauf 3 bien portants. Une *sœur* a perdu son premier né de *convulsions* ayant duré 15 jours. Aucune tare, ni indice neuropathique dans le reste de la famille du père.]

Mère, 43 ans, couturière, a été pendant 18 mois atteinte de *fièvres intermittentes* (1) vers l'âge de 11 ans. — A part cela, elle n'a jamais été malade. Intelligente, elle répond nettement à toutes les questions que nous lui posons. — [*Famille de la mère. Père,* 73 ans, était bien portant quand il y a quelques années il fut frappé d'*apoplexie* avec hémiplégie qui ne dura qu'un mois (thrombose cérébrale.) Pas de démence. — *Mère,* morte à 56 ans, d'érysipèle. Depuis l'âge de 41 ans, cette femme nerveuse, sujette à la *migraine,* avait un érysipèle tous les mois. — *Grand-père paternel,* mort à 58 ans (?). — *Grand'mère paternelle,* morte à 84 ans, en 1870, du typhus. — Le *grand-père maternel,* mort à 87 ans, atteint de *paralysie* et de démence sénile, et la *grand'mère maternelle,* morte à 82 ans, hydropique, étaient tous les deux *alcooliques.* — Un *frère* est *bègue.* — Un *demi-frère* (de mère) est mort jeune *alcoolique ;* une *demi-sœur* a un enfant devenu *idiot* en 1870, par peur, dit-on des Prussiens. A signaler en outre un *cousin*

(1) Nous notons l'*impaludisme,* à l'occasion, dans les antécédents des malades, de même que les *professions insalubres,* pouvant être une cause de dégénérescence (B.).

maternel bègue et idiot, un *autre* boiteux et un *oncle* célibataire, fou, mais atteint d'une *folie* calme et douce. Aucun autre antécédent héréditaire suspect.] Pas de consanguinité. Différence d'âge d'un an.

Onze enfants : 1° *fille* morte à 5 mois de *convulsions ;* 2° *fille* mariée, bien portante ainsi que ses enfants ; 3° *garçon*, né à 7 mois, en février 1871, mort à l'âge de 2 jours ; 4° *fille* de 19 ans, intelligente, en bonne santé ; pas de convulsions ; 5° *garçon*, mort à 5 mois de *congestion cérébrale* sans convulsions ; — 6° *garçon* de 15 ans, intelligent, pas de convulsions ; — 7° *autre garçon*, mort à 5 mois d'*accidents cérébraux* (?) sans convulsions ; — 8° *garçon*, 13 ans, 9° *garçon* de 10 ans, bien portants tous deux ; — 10° *notre malade ;* — 11° *garçon*, mort de diphtérie à 21 mois.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. — *Grossesse* normale sauf peut-être un peu de surmenage, la mère étant parfois obligée de passer la nuit à travailler à la machine. — *Accouchement* à terme, sans intervention, sans anomalie. — L'enfant n'a pas eu d'asphyxie. Il avait en naissant et a toujours conservé la tête allongée. Il fut nourri au sein maternel presque exclusivement jusqu'à 32 mois. — *Première dent* à un an. — Dentition complète à 3 ans. — *Marche* à 22 mois. — Début de la *parole* à 15 mois. Son vocabulaire a toujours été très restreint. Jusqu'à 2 ans et demi, cet enfant, développé, n'offrait rien de bien anormal. Un peu arriéré intellectuellement, Chev.. ne donnait cependant aucune inquiétude à ses parents. A 3 mois, il était tombé de son lit sur la tête et resté une heure sans connaissance ; cet accident auquel la mère attache beaucoup d'importance, n'a toujours pas eu de suites immédiates. A 2 ans et demi, *la tête de l'enfant se mit à grossir, et une tuméfaction apparut au niveau de la fontanelle antérieure*. Le corps de l'enfant ne commença à se développer en proportion de la tête que vers 3 ans et demi. A partir de ce moment la tête ne grossit plus, elle prit sa forme actuelle. L'enfant avait les *jambes faibles* et restait presque continuellement immobile. Il n'avait eu ni convulsions, ni paralysie, ni contracture.

A 4 ans, Chev... recommença à jouer et devint assez remuant. A 6 ans, sa taille augmenta dans de fortes proportions. Il a toujours été glouton, salace et gâteux. Ni pyromanie, ni kleptomanie. Affectueux pour ses parents, il n'avait aucune conscience du danger et on ne pouvait lui permettre

d'aller seul dans la rue. Depuis deux mois environ, l'enfant a changé, il est pris d'un *rire nerveux* inextinguible, casse tout, frappe ses parents, chantonne sans cesse.

A un an, scarlatine bénigne ; de 8 à 10 mois gourmes ; fréquents coryzas scrofuleux ; engelures. — A 7 ans (février 1890), il eut une angine diphtéritique soignée aux Enfants-Malades qui détermina une *légère parésie des membres inférieurs*. Il est fréquemment atteint de bronchite avec des *accidents dyspnéiques* inquiétants.

État actuel (7 *juillet* 1891). — La santé générale de l'enfant paraît bonne. Adipose marquée.

Crâne volumineux, très aplati latéralement, très saillant en avant et en arrière. Les régions pariétales offrent des méplats, tandis que la tête est fort bombée au sommet surtout et au niveau de la suture sagittale. Il n'y a pas de trace des fontanelles. Le front et l'occiput sont très bombés sans qu'il y ait cependant exagération de la saillie des bosses de ces régions. Les cheveux chatains clairs, abondants, bien implantés, descendent assez bas sur le front. Le crâne est asssz régulièrement symétrique. — La *face* est énorme, longue et grosse surtout à sa partie inférieure. — La *physionomie*, hideuse, n'exprime que l'hébétude. Le visage est recouvert d'un duvet blond qui lui donne un aspect sale. Le *front*, très bombé et très haut, est fort étroit ; une dépression marquée existe au-dessus des arcades sourcillières qui sont saillantes et recouvertes de sourcils abondants.

Paupières normales, cils longs, fentes palpébrales grandes. Mouvements des globes oculaires normaux. Iris bleus, pupilles à réactions normales. La vue semble naturelle. — *Nez* court, camus, écrasé à sa racine. Narines aplaties. Sillon naso-génien très prononcé. La respiration nasale est très difficile. — *Bouche* large, lèvres épaisses, toujours entrouvertes. A la *mâchoire supérieure, dentition* très irrégulière, les 4 prémolaires de lait sont encore en place. Les premières molaires permanentes sont à leur place les deux canines aussi ; une incisive centrale permanente est, à droite, à côté d'une incisive de lait non tombée qui repousse en avant, vers la lèvre, l'incisive définitive. A la mâchoire inférieure la dentition de lait est encore complète. Une molaire et deux incisives centrales permanentes sortent en arrière des dents de lait correspondantes. L'articulation est mal fixée. Les pointes des dents se touchent bout à bout au lieu de s'entrecroiser. Les gencives sont en bon état. — La *langue* est grosse et présente un sillon

médian assez profond auquel viennent aboutir des sillons irréguliers. — *Palais* très ogival. Le voile du palais parait déprimé par des végétations adénoïdes. Les amygdales sont volumineuses. — *Pommettes* assez saillantes. — *Menton* petit et arrondi. — *Oreilles* grosses, rouges, courtes, en bateau, bien ourlées, lobule gros et détaché.

Cou : circonférence : 30 centimètres. Ni goitre, ni adénites.

Thorax, *rachis* assez bien conformés et sans déviations. Angle postérieur des côtes très accentué. Remarquable petitesse des omoplates. — *Respiration* normale. Battements du cœur à peine perceptibles au palper et à l'auscultation.

Ventre volumineux (67 centimètres de tour). *Hernie* ombilicale de la grosseur d'une petite noix facilement réductible. Pas d'hypertrophie du foie, ni de la rate.

Verge, 3 centimètres de long, 2 centimètres 1/2 de circonférence. Prépuce peu développé, gland découvrable. Testicule droit descendu, du volume d'un haricot. *Ectopie abdominale* du testicule gauche. Scrotum développé. Pénil glabre.

Membres supérieurs bien conformés. Motilité normale ; mains épaisses, doigts courts et épais, incurvés en dedans, articulations des phalangettes raides, ongles courts mais normaux. — *Membres inférieurs* symétriques. Pieds normaux, légère exagération de la voûte plantaire. — La motilité et la sensibilité sensitivo-sensorielle ne paraissent pas altérées. Les réflexes rotuliens existent sans exagération.

État mental (d'après les notes de la Petite École où l'enfant est placé.) — *Parole* à peu près nulle, pas de mots distinctement prononcés. Ne semble pas comprendre les questions qu'on lui pose. *Mouvements de préhension* assez mal coordonnés. Chev... mange mal à table. Instabilité très grande, il ne peut pas rester en place, est très coléreux, n'a aucune notion de ce qui l'environne. Il ne veut pas obéir, ne comprend pas les ordres qu'on lui donne. Il pleure souvent, bourdonne constamment, grince parfois des dents, très grimacier, il offre comme *tic*, lorsqu'il est assis, un *balancement* antéro-postérieur qu'il accompagne d'un ronflement de satisfaction. Pas d'onanisme. — La démarche est lourde et bestiale, Il va la tête baissée, se tenant les mains et avançant péniblement en écartant les jambes.

Traitement. Exercice passif des articulations. Douches quotidiennes de 25 secondes, l'enfant ayant actuellement de nombreux *accès de colère*.

20 *novembre.* — L'enfant maigrissant progressivement est envoyé à l'infirmerie, en observation. Il n'a pas de fièvre, mange, digère, ne présente rien à l'auscultation, urine beaucoup, mais on ne peut, vu son gâtisme, recueillir ses urines.

29 *décembre.* — Inappétence, constipation; pas d'élévation de la température.

31 *décembre.* — L'inappétence continue. L'amaigrissement augmente de plus en plus. La température oscille entre 36°, 4 et 36°, 8. Régime lacté absolu.

1892. 1er *janvier.* — *Matin* : T. R. 37°; — *Soir* : T. R. 36°,8. Pâleur extrême, température rectale, 36°,2. Potion de Todd avec extrait de quinquina.

2 *janvier.* — *Matin* : T. R. 36°,8; — T. R. deux heures après : 36°,2; — *Soir* : T. R. 36°,6. L'affaiblissement va en s'accentuant toujours, hypothermie. Un peu d'urine a été recueillie, elle ne contient ni sucre, ni albumine.

3 *janvier.* — *Matin* ; T. R. 36°,8. Mort dans le coma à 2 heures du soir. T. R. après la mort : 36°,6; — 1/4 d'heure après : T. R. 36°; — une heure après : 35°,8.

Taille : 1 mètre 5. — *Poids* à l'entrée : 22 kilog. 500; après la mort, 15 kilog. 900.

Mensurations de la tête.

Circonférence horiz. maxima	553 mm.
1/2 circonf. bi-auriculaire	368 —
Distance de l'articulation-occipito atloïd. à la racine du nez	410 —
Diamètre antéro-post. maximum	195 —
— bi-auriculaire	115 —
— bi-pariétal	140 —
— bi-temporal	115 —
Hauteur médiane du front	70 —

AUTOPSIE. — *Tête.* Le cuir chevelu est amaigri et pâle. La *calotte crânienne* offre une dolichocéphalie très accentuée sur la surface horizontale de section, elle a les dimensions suivantes :

Diamètre antéro-postérieur	190 mm.
Diamètre bi-pariétal	135 mm.
Diamètre bi-auriculaire	110 mm.

Elle est asymétrique et le côté droit est nettement moins développé que le gauche. Il n'y a pas de traces de fontanelles, ni de la suture métopique, pas d'os wormiens ; la suture

sagittale est complètement synostosée ; son parcours est perforé sur la table interne d'un grand nombre de trous vasculaires. Les sutures coronales et lambdoïdes sont à peine si-



Fig. 56. —Elle représente le moulage de la tête de Chev...

nueuses; la coronale est découpée en dents de souris, la lambdoïde n'offre aucune dentelure. La table externe du crâne est d'aspect rugueux, la table interne offre des sillons accentués.

de vaisseaux méningiens. Entre ces deux tables est un tissu spongoïde, très lourd. La caractérisque de ce crâne est son énorme scaphocéphalie (allongement antéro-postérieur et aplatissement bilatéral). (*Fig.* 56). La *dure-mère* adhère assez fortement au crâne. La *base* de ce dernier paraît symétrique; les fosses sont assez profondes, mais les voûtes orbitaires saillantes laissent l'apophyse crista-galli dans une excavation profonde. La *pie-mère* est louche et blanchâtre surtout à gauche. La vascularisation s'accentue par plaques à droite sur la première temporale et le lobe pariétal inférieur, à gauche sur les lobes temporal et pariétal. Le lobe frontal droit est recouvert de taches ecchynmotiques.

Cerveau. — *Hémisphère gauche.* — Les circonvolutions sont nettement limitées, les scissures et les sillons sont profonds ; il n'y a pas d'altération autres que les plaques congestives signalées. Le *ventricule latéral gauche* est notablement *dilaté*, surtout au niveau de sa corne occipitale et à sa partie moyenne. La couche optique est un peu aplatie et le corps calleux aminci.

Hémisphère droit. — Aucune malformation ni lésion accentuée. Pas de dilatation ventriculaire de ce côté.

Le *cervelet*, le *bulbe*, la *protubérance*, le *quatrième ventricule*, ni la *moelle* ne paraissent pas, macroscopiquement, être le siège d'une lésion.

Poids de l'encéphale.

Hémisphère cérébral droit	480 gr.
— gauche	480
Poids total du cerveau	960
Hémisphère cérébelleux droit	75
— gauche	70
Bulbe et protubérance	25
Poids total du cervelet et de l'isthme	170
Liquide céphalo-rachidien	30
Poids total de l'encéphale	1169

Cou. — *Corps thyroïde* (25 gr.). Pas de trace de *thymus*. Rien au larynx, ni à la trachée.

Thorax. — Pas d'adhérences pleurales, ni péricardiques. *Poumon droit* (120 gr.); — *Poumon gauche* (90 gr.), sans lésions apparentes; quelques ganglions médiastinaux engorgés. — *Cœur* (80 gr.), sans altérations, ni anomalies.

Abdomen. — Péritoine sain. *Foie* (750 gr.), très congestionné. *Rein droit*, (70 gr.); *Rein gauche* (70 gr.), sans lésion appréciables. *Rate* (70 gr.) bilobée et d'aspect normal. *Pancréas* (40 gr.). L'*estomac* et l'*intestin*, vides et rétractés, n'offrent pas de lésions évidentes. Les masses graisseuses lombaires ont com-

plètement disparu. La *vessie* est saine. *On ne trouve pas de traces de testicule droit.*

La cause de la mort ne peut être attribuée qu'à un état cachectique progressif.

OBS. XIV. — HYDROCÉPHALIE SCAPHOÏDE ; — MÉNINGITE TUBERCULEUSE.

SOMMAIRE. — *Père, céphalalgies légères. — Grand-père paternel, légers excès alcooliques. — Mère, bien portante. — Grand'mère maternelle, morte subitement (?). — Aïeul maternel, dément. — Cousin, strabique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.*

Grossesse normale. — Accouchement à 10 mois et demi. — Allaitement au sein durant 2 mois, puis au lait de vache. — Première dent à 16 mois; dentition complète à 4 ans. — Début de la marche, 3 ans et demi. — Début de la parole, 4 ans. — Convulsions à 2 ans. Gâtisme. Rougeole. Tics. — Etat actuel. — Tuberculose pulmonaire. Poussée aiguë avec méningite tuberculeuse.

AUTOPSIE. — *Etat des poumons. — Examen du crâne. — Description du cerveau.*

No... (Adophe), né le 27 décembre 1879, est entré le 30 décembre 1884, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), où il est décédé le 8 août 1885.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par la mère, le 17 novembre* 1885.) — *Père*, 34 ans, bijoutier, n'a comme accident nerveux que de légères céphalalgies; il est atteint depuis plusieurs années de bronchites à répétition, qui ne paraissent pas tuberculeuses. Il est sobre, n'a jamais eu de maladies vénériennes, ni de dermatoses, etc. [*Famille du père.* — *Père,* mort à 51 ans, à l'hôpital Cochin, des suites de l'ablation d'une tumeur de l'aisselle, était garçon de café et paraît avoir fait quelques *excès alcooliques.* — *Mère,* 58 ans, forte, non nerveuse. — Aucun antécédent suspect, du côté des *grands-parents*, morts âgés. — Un *frère*, 40 ans, une *sœur*, 36 ans, bien portante, n'ont pas d'enfants. Aucun accident pathologique ou psychique intéressant connu dans le reste de la famille du père.]

Mère, 27 ans, bonne santé, intelligente sans antécédents suspects. — [*Famille de la mère. Père,* 50 ans, sobre et bien

portant. *Mère*, morte subitement à 39 ans, d'une rupture d'anévrysme (?). Pas d'accidents nerveux. — *Grand-père paternel*, mort dément à 87 ans. — *Grand'mère paternelle, et grand-père maternel*, pas de renseignements. — *Grand'mère paternelle*, morte âgée, on ne sait de quoi. Un *frère*, bien portant, ayant un *enfant* présentant un léger *strabisme*, bien que n'ayant jamais eu, dit-on, de convulsions. Aucun autre détail sur la famille de la mère.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 7 ans.

Un seul *enfant : notre malade*. Rien de particulier à la *conception* qui eut lieu les premiers jours du mariage. Absolument aucun accident durant la *grossesse*. — *Accouchement prématuré*, à 8 mois 1/2, mais naturel et sans intervention; présentation du sommet. Pas d'asphyxie *à la naissance*, pas de circulaire du cordon. Enfant un peu petit, mais bien conformé. — Il fut *allaité* au sein maternel durant 2 mois, puis au biberon avec du lait de vache, la mère n'ayant pas suffisamment de lait. — *Première dent* à 16 *mois. Dentition complète* à 4 ans. *Début de la marche* à 3 ans 1[2. A 4 ans, il commence à parler, mais borne son vocabulaire aux mots : papa, maman, dodo, dada. Ses parents remarquèrent qu'il était très craintif, que la musique lui faisait peur, qu'il riait parfois comme les autres enfants, mais qu'il restait tranquille et ne « gazouillait » pas comme eux. On observa vers deux ans « *que parfois ses yeux se tournaient, que sa figure était pâle et ses lèvres décolorées, en même temps le corps était flasque et il restait ainsi immobile durant* 5 à 10 *minutes.* » Ces accidents survenaient une fois ou deux dans une journée et réapparaissaient environ tous les huit jours. Cela dura de 2 à 3 ans. Dans les intervalles, l'enfant tournait toujours un peu les yeux et ne pouvait pas maintenir son regard fixe. Il a toujours été gâteux, n'a jamais pu apprendre à s'habiller, à se laver, ni à se servir de la cuiller. Il bave encore. Il aime à balancer le tronc d'avant en arrière, et grince des dents ; cette dernière habitude a disparu depuis un an. Il a des *crises de colère* violentes, déterminées par la moindre cause. Il dort sans cauchemars. Il reconnaît ses parents, et paraît affectueux à leur égard. Il n'a conscience d'aucun danger. Pas de clastomanie, de pyromanie, de kleptomanie, ni d'onanisme. Pas de voracité, ni de salacité. Il n'a eu comme maladie jusqu'alors qu'une diarrhée assez rebelle à 2 ans et la rougeole à 4 ans. Pas d'accidents scrofuleux. Outre, le balancement antéro-postérieur du tronc, il présente comme autre *tic*, un petit clignement des paupières.

Etat actuel (*8 août* 1885). — *Crâne* : Les bosses frontales sont saillantes et la tête latéralement aplatie offre très nettement l'aspect scaphoïde.

Mensurations de la tête,

Circonférence horizontale maxima		48
Diamètre antéro-postérieur maximun		16.5
—	bi-pariétal	13
—	bi-temporal	9.5

Le *front* est étroit, les arcades orbitraires légèrement saillantes en dehors. — *Yeux* petits. Iris grisâtres. — Menton un peu saillant et pointu. — *Bouche* moyenne ; lèvres minces. *Dentition* de lait, saine, mais dents fort serrées, ce qui gênera la dentition définitive. *Oreilles* moyennes, bien ourlées, lobule détaché.

Cou un peu allongé, grêle, circonférence : 21 cm. Pas de goitre. — *Thorax* et *rachis* d'aspect normal. — *Abdomen* rien de particulier. — *Membres supérieurs* assez développés; mains normales, les ongles présentent quelques taches d'albugo. — *Membres inférieurs* normalement conformés.

Poids	15k.208
Taille	0m.980

1882. *En août*, l'enfant qui présentait déjà des signes de tuberculose pulmonaire est enlevé en quelques jours par une poussée aiguë (8 août). L'enfant était dans un état typhoïde profond, il avait une constipation opiniâtre. Il mourut sans convulsions et sans présenter de symptômes méningitiques évidents.

AUTOPSIE. — Rien de particulier à noter à l'ouverture de l'*abdomen*. — Adhérences pleurales nombreuses à gauche. —

Thorax. — *Poumon droit* (170 gr.). Léger degré d'emphysème au bord antérieur. Granulations grises assez rares au sommet. *Poumon gauche* (155 gr.). Granulations grises nombreuses sur toute la surface de la plèvre viscérale et sur la coupe du poumon. Noyau caséeux du volume d'une noisette au sommet. Congestion intense. — *Péricarde,* léger épanchement séro-purulent. — *Cœur* (75 gr.) sans lésion apparente, ni anomalie ; trou de Botal obturé.

Abdomen. — *Foie* (675 gr.), congestionné. — *Rate* (60 gr.). — *Reins droit, gauche* (55 gr. chacun), congestionnés. — *Testicules* descendus dans les bourses, de la grosseur d'une olive. — *Estomac, instestins, vessie,* rien de particulier.

Crâne. — Les os du *crâne* très minces à certains points et très compacts, offrent une épaisseur assez grande sur d'autres points et sont alors formés de tissu spongieux. Les points les plus minces sont au niveau des pariétaux. Les *sutures coronale* et *intra-pariétale* sont ossifiées. Le crâne parait symétrique.

La *dure-mère* est d'apparence normale. La *pie-mère* offre au niveau des sillons et des vaisseaux surtout vers la base, de nombreuses granulations blanchâtres, elle est en certains points œdématiée et adhère notablement aux circonvolutions sous-jacentes. Elle montre, en un mot, les lésions de la méningite tuberculeuse. En détachant le cerveau une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien s'écoule :

Cervelet et bulbe	150
Cerveau	930
Hémisphère droit	475
— gauche	455
Liquide hydrocéphalique	90
Encéphale	1170

Le *cerveau* est très allongé, les circonvolutions et les sillons ont d'une façon générale une disposition régulière. Il en est de même des masses centrales, les *ventricules latéraux* sont légèrement dilatés dans leur corne frontale, normaux dans leur partie moyenne ainsi que dans la corne temporale; mais en revanche *les cornes occipitales sont très dilatées* jusqu'à la pointe du lobe correspondant. La dilatation parait un peu plus prononcée à gauche qu'à droite. Les cornes occipitales constituent à proprement parler de véritables *poches* allongées, entourées par les circonvolutions dont l'épaisseur varie de 5 à 15 millimètres. De nombreuses *coupes* pratiquées sur les deux hémisphères ne font découvrir aucune lésion macroscopique.

No... est un exemple classique de *scaphocéphalie*. Ses antécédents sont peu importants. Ses crises convulsives ont été peu intenses, les convulsions ont été faiblement accusées mais assez fréquentes pour les attribuer à la compression due au liquide hydrocéphalique. Nous ne pouvons nous livrer à aucune considération sur l'état mental de l'enfant à cause de sa mort prématurée.

L'*autopsie* nous a révélé des lésions de méningite

tuberculeuse et l'existence d'un épanchement hydrocéphalique assez abondant. — La prédominance de la dilatation ventriculaire au niveau de la corne occipitale explique la disposition particulière de la tête.

OBS. XV. — HYDROCÉPHALIE PARTIELLE. IDIOTIE COMPLÈTE.

SOMMAIRE. — *Père : quelques excès. — Grand'mère et oncle paternels, eczémateux. — Cousine germaine, crises de colère. — Mère un peu nerveuse, céphalalgies. Deux fausses couches à 6 mois. — Grand-père maternel aliéné et alcoolique. — Bisaïeule, oncle et tante paralysés. — Consanguinité.*

Grossesse : Émotion à 6 mois. — Premières convulsions à 4 mois. — Réapparition des convulsions à 3 ans. — État de mal. — Accès de colère. — Cris. — Balancement. — Insomnie. — État actuel. — Gâtisme complet. — Idiotie complète. Demi-contracture des membres inférieurs. — Muguet. — Stomatite ulcéreuse. — Mort.

AUTOPSIE. — *Congestion et œdème pulmonaires. — Œdème méningé. — Dilatation du seul ventricule droit.*

Fau... (Émile Eugène), né le 29 octobre 1879, entre le 22 juillet 1884, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), où il est décédé le 29 décembre 1884.

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère, le 19 décembre 1884.) — Père, 33 ans, fumiste, bien portant faisait 2 ou 3 fois par mois des excès de vin, il est d'un caractère assez sombre mais n'est pas méchant et mène une vie régulière. — [*Famille du père. Père*, enfant naturel, 67 ans, scieur de long, sobre et bien portant. — *Mère*, morte avec une dermatose qualifiée d'eczéma (?), pas d'autres renseignements. *Grands-parents paternels*, inconnus. *Grands parents maternels*, aucun renseignement. *Deux frères* et une *sœur* bien portants, sauf l'aîné qui a eu de l'eczéma ; ils ont tous plusieurs enfants bien portants et bien développés ; une fille du frère aîné a cependant parfois des crises de colère, elle est âgée de 7 ans, mais ni elle, ni ses cousins n'ont eu de convulsions. Aucun autre renseignement sur la famille du père.]

Mère, 27 ans, brune, grande, physionomie agréable, paraissant bien portante, est imagère. Elle est nerveuse, a parfois

des céphalalgies qui n'ont pas de rapports avec l'époque des règles et n'ont pas le caractère migraineux. Elle n'a jamais eu de crises convulsives. Étant jeune elle était sujette à la gourme. — [*Famille de la mère. Père*, mort en 1871, devenu brusquement *aliéné*. Il était fort peureux et sous la menace d'être fusillé, il avait dû obéir aux autorités de la Commune et aider à construire les barricades; s'étant échappé, il se réfugia chez sa fille, se croyant poursuivi, ce qui était faux ; un jour il se cacha dans une cheminée, puis affolé, se jeta par la fenêtre, on le transporta mourant à la Pitié. Son aliénation avait duré huit jours. Il faisait des *excès de boisson* assez fréquemment. — *Mère*, 60 ans, brocanteuse, ordinairement bien portante, quelques accidents dyspnéiques (emphysème ou asthme ?). Aucnn renseignement sur les *grands-parents* sauf sur la *grand'mère maternelle* qui mourut *paralysée*. — Trois *frères* bien portants et sobres. Un *oncle* et une *tante* sont *paralysés*, mais sont âgés et n'ont pas d'accidents mentaux. Aucune autre tare pathologique dans la famille de la mère].

Consanguinité. Le mari et la femme sont des cousins, issus de germain. De ce mariage sont nés 4 *enfants* et la mère est enceinte de 5 mois. — 1° fausse couche à 5 mois, attribuée à la fatigue ; — 2° autre fausse couche de 6 mois sans cause appréciable ; — 3° notre malade ; — 4° *garçon* de 2 ans, bien portant intelligent, parlant bien, n'ayant jamais eu de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. — *Grossesse*. Au 6e mois, elle eut une *peur* causée par une dispute avec des sœurs « qui, dit-elle, lui en voulaient. Aucun autre accident. — *Accouchement* à terme, normal ; l'enfant est né coiffé, bien portant, mais petit. Il fut *élevé au sein* par une nourrice, fut complètement sevré à 18 mois. A 7 mois, elle le vit, fort, gros, bien développé. Depuis l'âge de 4 mois, au dire de la nourrice, l'enfant a eu de *petites convulsions*, il pleurait, se roidissait et tournait les yeux. Il ne riait jamais. Quand sa mère le reprit à 18 mois, il était très maigre, ne marchait pas, ne disait rien. A partir de cette époque, il eut des convulsions quotidiennes, mais ne portant que sur les yeux. A partir de 3 ans, les *convulsions* se généralisèrent, atteignirent les membres; les mouvements convulsifs *étaient nettement exagérés du côté droit*. L'enfant remuait sa langue et écumait légèrement. Parfois les convulsions se répètaient, devenaient subintrantes et déterminaient une sorte d'état de mal durant environ 2 heures 1/2. Placé aux Enfants-Malades pour être traité d'une fistule (?) au bras, il eut des attaques convulsives et fut envoyé à l'Asile Clinique.

Au point de vue mental, l'enfant n'a, nous dit la mère, jamais pu apprendre à parler, ni à marcher, il a de fréquents accès de colère ; présente comme tic un balancement latéral de la tête continuel. Il ne mâche pas, a été presque exclusivement nourri de lait et de panades. Il n'aurait jamais dormi plus de une heure par nuit et son sommeil serait fréquemment interrompu par des cris inarticulés. On devait, pour le faire taire, le bercer une partie de la nuit. Il est gâteux complet, n'a pas de vers intestinaux. Comme affection lymphatique; notons de l'*otorrhée de l'oreille droite* et de l'impétigo de la face. Il n'a jamais eu de fièvres éruptives.

État actuel. — État général médiocre. — *Tête* carrée, crâne asymétrique la moitié droite du crâne étant plus développée que la gauche. Occiput aplati. Les bosses frontales et pariétales sont saillantes mais plus fortes à droite qu'à gauche. Le front est assez haut, une dépression existe au-dessus des arcades sourcilières qui, par ce fait, paraissent saillantes. Pas d'asymétrie faciale. Fentes palpébrales horizontales et grandes. Globes oculaires un peu saillants. Iris gris bruns. Pupilles égales. Saillies ovalaires égales et non exagérées. *Nez* petit et aquilin. — *Bouche* large. Lèvres très épaisses. Langue tuméfiée, dépassant notablement les arcades dentaires. — *Oreilles* écartées, égales, mais la droite est moins bien ourlée que la gauche. Lobule petit, à peine détaché.

Cou, grêle, 21 centimètres de circonférence. — *Thorax* évasé, dilaté vers les hypochondres surtout à droite. Légère scoliose à convexité droite, chapelet rachitique net à droite et à gauche. Aucune lésion notable à l'auscultation, ni à la percussion. Circonférence mamelonnaire du thorax : 50 centimètres. *Abdomen* saillant, surtout à la région épigastrique. La cicatrice ombilicale fait saillie. Les organes de l'abdomen ne paraissent le siége d'aucun trouble perceptible à la palpation. *Verge* moyenne, phimosis, méat normal. Testicules très petits.

Membres supérieurs très grêles. A la partie postérieure et interne du coude droit existe une *fistule* d'origine osseuse à bords adhérents, rouges et arrondis, qui actuellement ne donne lieu à aucun écoulement. Les mouvements sont assez libres, tous s'exécutent, mais avec faiblesse et l'attitude normale est la demi-flexion. Les membres supérieurs sont à la mensuration sensiblement égaux.

Les *membres inférieurs* sont contracturés. Les cuisses sont fléchies sur le bassin dans l'adduction, les genoux sont acco-

lés l'un contre l'autre. La pointe des pieds est fortement portée en dedans (sorte de pied bot varus équin). La *sensibilité* est médiocre, l'*intelligence* nulle, le gâtisme complet.

16 *décembre*. L'enfant est à l'infirmerie, il ne peut se nourrir, sa langue est douloureuse et tuméfiée, les gencives sont saignantes, le tout est recouvert d'une épaisse couche de muguet. Les ganglions submaxillaires sont très engorgés. — Lavages répétés avec une solution de bicarbonate de soude.

18 *décembre*. — Bouche en un peu meilleur état, ulcérations nombreuses. Impossibilité d'avaler. L'enfant s'affaiblit considérablement. Les lèvres sont fuligineuses, l'aspect typhoïde.

20 *décembre*. — Le muguet a disparu mais la stomatite ulcéreuse persiste. Dyspnée. Râles sibilants dans les deux poumons. Odeur gangréneuse de la bouche.

29 *décembre*. — Mort.

Mensurations du crâne.

Circonférence horizontale maxima	455
Demi-circonférence bi-auriculaire	315
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne	305
Diamètre antéro-postérieur	130
Diamètre bi-pariétal	130
Diamètre bi-frontal	90

Poids après décès : 780 gr.

AUTOPSIE. — *Cou, larynx, corps thyroïde*, normaux. — Pas de trace de *thymus*. — La *bouche* est remplie d'ulcérations, la langue tuméfiée, distendue est aussi ulcérée.

Thorax. — La cavité péricardique n'offre pas de lésion. Le *cœur* parait normal. La plèvre gauche est le siège d'un léger épanchement et offre quelques adhérences.

Le poumon gauche (110 gr.), surtout à la base, est le siège d'œdème et de congestion intense. — Le poumon droit (110 gr.) est normal.

Abdomen. — *Rate* normale (20 gr.). — *Foie* congestionné (330 gr.). — *Reins* hyperémiés, chacun 50 gr. — *Estomac* et *intestins* sans lésions appréciables.

Tête. — *Crâne*, asymétrie assez nette, le côté gauche est moins développé que le droit. *Synostose complète de la suture sagittale*. Dépression en arrière de la suture coronale dont les dentelures sont peu compliquées. — La suture lambdoïde a des dentelures plus contournées mais il n'y a pas d'*os wormiens* sur son trajet. Le tissu est compact, transparent et

mince dans la région pariétale postérieure et occipitale, il est épais, spongoïde et opaque vers les régions temporales et frontales.

Hemisphère cérébral droit	360 gr.
— — gauche	370 gr.
Cervelet et isthme	130 gr.
Poids de l'Encéphale	870 gr.

Les *méninges* sont, à leur partie antérieure, le siège d'un œdème assez accentué. Il n'y a pas d'adhérences à la surface corticale du cerveau.

Hémisphère cérébral gauche. — Les scissures et les sillons sont assez profonds, les circonvolutions bien contournées, ont des plis de passage assez nombreux. Le lobe pariétal supérieur paraît peu développé. A la face interne, le cunéus est petit, presque rudimentaire. Rien à noter pour les noyaux gris centraux, ni le corps calleux. Le *ventricule latéral gauche n'est pas dilaté.*

Hémisphère cérébral droit. — Il n'y a pas de notable différence dans la configuration générale de la face externe de cet hémisphère et du gauche. Aucune lésion macroscopique n'est apparente. A la face interne, le corps calleux est très aminci. Le *ventricule latéral droit est dilaté,* surtout aux dépens de la partie postérieure de sa corne frontale et de la corne occipitale. La corne sphénoïdale bien que dilatée, elle aussi, l'est à un degré beaucoup moindre.

Cette observation peut donner lieu à quelques considérations intéressantes. Nous ne ferons que signaler les antécédents héréditaires, qui, pas plus ici qu'ailleurs, ne font défaut. — La consanguinité augmente encore l'influence des tares de la famille. Les deux fausses couches de la mère, suivies de la naissance d'un enfant hydrocéphale et idiot, puis d'un quatrième bien portant, nous font songer à la syphilis, bien qu'à ce sujet, on n'ait pu obtenir aucun aveu. La fistule (?) du coude droit de l'enfant, la malformation de son crâne nous semblent être des arguments à l'appui de cette thèse. La dentition ne nous éclaire que fort peu. L'enfant a trop peu séjourné dans le service et était

dans un état mental trop bas pour prêter à ce sujet à des remarques intéressantes.

Son autopsie nous a permis de constater la *synostose de la suture sagittale,* qui n'est pas très rare chez les hydrocéphales, l'irrégularité de l'épaisseur des os du crâne et leur structure spongoïde en avant, enfin la localisation, au seul ventricule droit, de l'hydrocéphalie. Il est regrettable que quelques lacunes considérables existent dans l'histoire de ce malade et entre autres, l'oubli de la quantité de liquide hydrocéphalique que contenaient les ventricules.

OBS. XVI. — HYDROCÉPHALIE SCAPHOCÉPHALIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, ivrogne, mort tuberculeux. — Oncle paternel, mort tuberculeux. — Tante paternelle, monoplégie brachiale. — Mère, bien portante. — Tante maternelle, morte tuberculeuse. — Pas de consanguinité. — Frère aîné, mort tuberculeux. —Sœur, convulsions internes légères.*

Conception probablement durant l'ivresse. — Frayeur et métrorrhagie au 7e mois. — Convulsions fréquentes de 3 mois à 2 ans 1/2. — Disparition des convulsions à 5 ans. — Début de la marche à un an et demi; — de la parole à 3 ans. — Strabisme convergent dès 2 ans. — Insomnie plus ou moins complète jusqu'à 4 ans. —Etat actuel. —Cessation du gâtisme à 9 ans. —Otite supsation purée. — Accidents syphilitiques secondaires à 15 ans. — Puberté.— Etat psychique. — Mensurations.

Moquer... (Napoléon-Alfred), né le 28 novembre 1873 à Paris, est entré le 14 juin 1878, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère le 23 février 1880). — *Père,* mécanicien-ajusteur, mort à 34 ans de *tuberculose pulmonaire,* après deux ans de maladie. Il avait cohabité 9 ans avec la mère avant de l'épouser. Violent, coléreux, il se livrait à la boisson et rentrait souvent ivre chez lui. Il n'avait jamais été malade avant son affection ultime, n'avait jamais présenté d'accidents nerveux.

[*Famille du père : Père,* mort du choléra, était sobre. — *Mère*, morte on ne sait de quelle affection, à l'époque de son retour d'âge. — *Frère*, mort jeune, tuberculeux. — *Sœur*, paralysée d'un bras, ayant passé la plus grande partie de son enfance dans les hôpitaux d'enfants, est morte à 15 ans, on ne sait de quoi. A part cela aucun antécédent neuroarthritique, psychopathique ou autre dans la famille du père.]

Mère, 40 ans, femme de ménage, auparavant ouvrière en bijouterie, assez grande, forte, possédant une bonne santé, n'a jamais eu de troubles nerveux.

[*Famille de la mère* : *Père*, sobre, calme, mort écrasé par une voiture. — *Mère*, 70 ans, bien portante. — Un *frère* mort du choléra, un *autre frère* de tuberculose pulmonaire, un *troisième frère* jouit d'une bonne santé ainsi que ses enfants. — Deux *sœurs* bien portantes. Pas d'antécédents nerveux ou autres dans la famille de la mère.]

Pas de consanguinité (père du Mans, mère de la Champagne).

5 *enfants* : 1° Un *garçon*, mort à 3 ans, tuberculeux, paraissant intelligent et normal ; pas de convulsions ; — 2° Une *fille*, 10 ans, intelligente et bien portante, n'a jamais eu de convulsions ; — 3° *Notre malade*. — 4° Une *fille*, morte à 2 ans, d'angine couenneuse, était intelligente. Dans le premier âge, elle avait eu quelques légères *convulsions internes*. — 5° Une *fille*, chétive, morte à 14 mois, on ne sait de quoi. Elle n'a pas eu de convulsions et paraissait intelligente.

Notre malade. — La *conception* parait avoir eu lieu *durant l'ivresse*. Rien de particulier pendant la *grossesse*, si ce n'est une *frayeur* au 7e mois causée par le mari ivre qui aurait frappé sa femme. Une métrorrhagie abondante en aurait été la conséquence. — *Accouchement* normal, mais long. On aurait remarqué *dès la naissance la grosseur exagérée de la tête*, et, à un an, les parents auraient été obligés de la soutenir au moyen d'appareils. A trois mois, *premières convulsions* durant seulement quelques minutes. Moq.., depuis, aurait eu des *crises convulsives* régulièrement tous les quinze jours. Il fut sevré à 14 mois, aurait marché à 16 mois. — A 2 ans, il eut en un jour *dix-sept accès convulsifs*. Aucun accident n'en fut la conséquence, il se leva le lendemain. A partir de là, on s'aperçut pour la première fois de son *strabisme*. Trois ou quatre mois plus tard survint une nouvelle crise, il resta deux heures sans connaissance, puis revenu à lui, il se mit à jouer comme s'il n'avait rien eu. La *parole* a débuté à 3 ans. Il n'a jamais été

propre durant la nuit. Depuis l'âge de deux ans et demi, les *convulsions* ont diminué d'intensité et de fréquence. Elles se bornaient à une raideur du cou avec déviation des yeux durant environ une ou deux minutes. Mis à l'Asile, il était insupportable, brisait tout, touchait à tout, battait ses petits camarades. Sa mère prétend que, de 2 ans et demi à 4 ans, l'enfant n'aurait guère dormi plus d'une demi heure par jour. Elle affirme même qu'il est resté 8 mois absolument sans sommeil, se levant la nuit, courant dans la chambre en geignant, ne voulant jamais être couvert dans son lit. A partir de 4 ans, il se serait mis à dormir comme tous les autres enfants. Il était très instable, marchait toujours. Il comprenait assez bien ce qu'on lui disait et allait quérir ce qu'on lui demandait. Il avait de fréquents *accès de colère* durant lesquels il déchirait ses vêtements avec les mains et les dents. Redevenu calme, il disait «Ferait pu» et semblait demander pardon. Il était caressant, aimait à embrasser sa mère. Fort glouton, il se servait à table assez proprement de sa fourchette. Pas de coprophagie, de kleptomanie, ni de pyromanie. Il aimait les jeux bruyants et les joujoux destinés à faire du bruit (tambour, trompette, etc.).

A l'entrée dans le service, l'enfant était gâteux. Il n'aurait eu qu'un accès convulsif par mois depuis son entrée durant les six premiers mois de 1878 et n'en aurait plus eu d'autres.

État actuel (8 mars 1880). — *Tête* volumineuse avec prédominance très marquée du segment occipital. Le côté gauche de l'occiput est plus saillant que le droit. Les bosses pariétales sont assez accusées. Front haut et bombé étroit avec dépressions latérales et au-dessus des sourcils. Arcades sourcillières peu saillantes. Le crâne, en un mot, déprimé sur les côtés, fortement proéminent aux régions frontales et occipitales, offre un exemple typique de *scaphocéphalie*. — *Yeux*: strabisme convergent double. Albugo sur la cornée droite. Iris bruns. — *Face* symétrique. — *Nez* camard. — *Bouche* petite, lèvres épaisses, joues assez charnues. — *Dents* normales et saines. — Voûte palatine très étroite, ogivale, paraissant symétrique. Voile du palais régulier. Amygdale gauche un peu saillante. — *Menton* développé. — *Oreilles* grandes assez bien ourlées; lobule charnu détaché.

Thorax, sans difformité, pas d'anomalie, ni d'affection révélées par la percussion ni l'auscultation. — *Abdomen* assez volumineux, mais ne présentant pas de traces d'anomalie ou d'affection viscérale. — Rien de particulier à noter du côté

des organes génitaux. — *Peau* assez blanche. Cheveux et sourcils blonds. Duvet assez abondant entre les épaules. Léger engorgement ganglionnaire dans les aines.

Caractère coléreux, entêté; si on le rudoie, il insulte, mord, entre dans des rages furieuses. Si on lui parle doucement, il est caressant, reconnaissant, mais est fort susceptible. La *sensibilité* et les *sens* paraissent normaux.

26 *juin*. — Moq... mange avec la cuillère et la fourchette, ne se montre pas trop gourmand. Il connait quelques lettres, est toujours gâteux. Pas d'onanisme. Il est affectueux et caressant.

1881. 27 *juin*. — L'enfant gâte encore parfois. Il sait s'habiller, se laver et se déshabiller seul, mais n'a pas fait d'autres progrès.

1882. 14 *juin*. — Gâtisme intermittent. Moq. . fait assez bien les exercices de gymnastique. Il prononce tous les mots, quelques-uns d'une façon vicieuse; chante, mais faux. Il cire ses souliers, s'habille seul, sait compter jusqu'à 10. Pas d'onanisme; pas de modification du caractère.
19 *décembre*. — Le gâtisme a complètement disparu.

1883. *Juillet*. — Peu de modifications à noter.

1884. *Juin*, — Quelques petits progrès au point de vue de l'instruction primaire la plus élémentaire. Il connait les chiffres, les couleurs, désigne quelques animaux par leur nom, etc., Il est très turbulent et il est fort difficile de fixer son attention. Onanisme.

1885. 9 *mars*. — Entré à l'infirmerie pour y être soigné d'une contusion de l'œil, à la suite d'un coup donné par un camarade et du reste sans gravité.

1886. *Janvier*. — Otite suppurée de l'oreille gauche.

1887. *Juin*. — Moq... est mis à l'atelier de tailleur. Son maitre note qu'il ne fait pas de progrès et qu'il est impossible de le faire travailler de la main droite. L'otite suppurée se réveille de temps en temps malgré les injections boriquées.

1888. *Juin*. — *Puberté*. — Fin duvet commençant à ombrer

la lèvre supérieure. Aisselles glabres, mais léger engorgement ganglionnaire. Duvet fin avec quelques poils très courts à la racine de la verge. Verge : 45 millimètres de circonférence, 25 de longueur. Gland découvrable, méat assez large, légèrement porté en arrière. Testicules rétractés, difficiles à faire descendre, égaux et de la dimension d'une olive moyenne. Périnée et anus glabres. A l'anus, à droite, érosion d'un centimètre sur deux. Légères adénites inguinales; pas de roséole. Excoriation à la face interne de la lèvre inférieure.

14 *août.* — On constate une plaque muqueuse, d'aspect légèrement papillomateux à la face supérieure de la langue à droite de la ligne médiane. Malgré le manque de roséole et le résultat négatif d'une enquête à cet égard, ces accidents paraissent d'origine syphilitique.

1889. — Durant toute l'année Moq.., fait de fréquents séjours à l'infirmerie pour y être soigné de plaques muqueuses, à la bouche et à l'anus, compliquées d'adénites inguinales, cervicales et sous-maxillaires.

Puberté. — Léger duvet sur le pénil. Verge : longueur 4 centimètres. Méat normal. Testicules de la grosseur d'une noisette.

1890. *Juillet.* — *Puberté.* — Léger duvet à la lèvre supérieure et aux joues. Tronc et aisselles glabres. Léger duvet au pénil. Verge : longueur : 37 millimétres; circonférence : 45 millimètres.

1891. — Moq.., à cause de son âge, est mis à la grande école.

Note des instituteurs (juin 1891). — L'instituteur insiste sur l'inattention et l'indocilité de son élève, sa mauvaise tenue, son manque d'intelligence. Il n'est parvenu à lui faire faire aucun progrès. Le maître tailleur signale aussi son incapacité absolue et son manque complet d'attention. Seul, le maître de gymnastique signale quelques progrès et de la bonne volonté tant à la gymnastique qu'à la danse. Moq... a essayé de faire des bâtons, mais on a grand'peine à l'empêcher de se servir pour écrire de la main gauche. Les signes qu'il trace sont inclinés de haut en bas et de gauche à droite, dans l'écriture renversée. Il a toujours la tentation d'écrire en commençant par la droite comme en hébreu. Il sait compter

jusqu'à 30, mais ne se rend guère compte de la valeur des chiffres, il connait le nom des jours, mais ne sait jamais à qu'elle date l'on se trouve. Sa tenue est toujours malpropre et négligée. Il mange gloutonnement et souvent avec les mains. Il parle en chevrotant, rit toujours aux éclats, s'exprime néanmoins assez correctement.

Puberté. — Visage, poitrine, aisselles glabres. Quelques poils sur le pénil. Verge : 35 mm. de longueur sur 35 mm. de circonférence. Prépuce long, Gland découvrable. Scrotum de la grossesse d'une mandarine. Testicules petits, difficiles à trouver, de la grosseur d'une noisette. Région anale et membres glabres.

1892. *Mai.* — Nouveau séjour à l'infirmerie pour des accidents secondaires (ulcérations à la bouche).

Juillet. — L'instituteur ne constate pas grand progrès, Moq... écrit toujours de même et a les mêmes tendances de gaucher. Il connait les lettres et les couleurs... Son attention est toujours nulle, sa tenue déplorable, il est toujours glouton. Aucun résultat à l'atelier de tailleur où il est en apprentissage.

Puberté. — Le système pileux, la verge, les testicules sont restés sensiblement stationnaires depuis un an.

1893. — Durant l'année 1893, Moq... ne se développe pas plus au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Les instituteurs signalent toujours les mêmes défauts auxquels, ils ajoutent celui de menteur, effronté. Même en gymnastique où il semblait jadis mettre une certaine bonne volonté, il ne fait plus rien. Il remplit ses poches de chiffons, a une tenue de plus en plus déplorable, en un mot, il parait plutôt en voie de déchéance.

Puberté. — Le système pileux ne s'est pas modifié. Les organes génitaux sont toujours rudimentaires. Les testicules ont toujours un aussi petit volume et restent appliqués vers les anneaux.

	1880		1881		1882		1883		1884		1885		1886	
	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet.
Poids		17.300		19.100	19.500	21.000	21.200	21.500	25.600	23.400	25.900	25.200	23.700	24.000
Taille		0.97		1.03	1.04	1.07	1.09	1.09	1.13	1.14	1.15	1.17	1.19	1.20
	1887		**1888**		**1889**		**1890**		**1891**		**1892**		**1893**	
	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Janv.	Juillet.
Poids	26.200	24.200	28.500	28.600	28.600	30.500	31.500	31.100	32.500	33.900		35.	40.500	
Taille	1.22	122.	1.25	1.26	1.28	1.28	1.29	1.29	1.31	1.33		1.35	1.40	

Ce tableau donne une idée très exacte du développement de Moq..., tant sous le rapport du *poids* que de la *taille*.

Mensurations de la tête.

	1880	1887	1888	1889	1891	1892	1893
Circonférence horizontale maxima	53.0	56.2	57.0	57.0	57.0	57.0	57.0
Demi-circonférence bi-auriculaire	»	37.0	37.0	38.0	38.0	38.0	38.0
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	»	38.0	39.0	40.0	41.0	41.5	41.5
Diamètre antéro-postérieur	18.0	19.7	20.0	20.0	20.0	20.0	20.3
— bi-pariétal	14.0	14.6	14.6	14.8	14.8	15.0	15.0
— bi-auriculaire	»	10.5	11.5	12.0	12.0	12.0	12.0
Hauteur du front	»	»	»	»	6.0	6.5	56.

L'hérédité ne parait pas ici jouer le rôle principal dans la genèse de la maladie. La conception probable durant l'ivresse, la métrorrhagie de la mère au 7[e] mois de la grossesse sont, à notre avis, d'une grande importance pathogène. Le cortège symptomatique de l'hydrocéphalie (convulsions, strabisme, insomnie, idiotie et gâtisme), est complet et l'examen de la tête nous fait considérer Moq... comme le plus beau type d'*hydrocéphalie scaphocéphalique*. Les accidents syphilitiques que nous avons observés ont une origine qu'il a été impossible de découvrir. Ils ont été assez tardifs pour qu'il n'y ait pas lieu de les faire entrer en rien dans l'évolution de l'hydrocéphalie. Au point de vue psychique, Moq... est un idiot inoffensif mais assez rebelle à l'éducation. Remarquons toutefois qu'on est arrivé à des résultats assez sérieux puisqu'on est parvenu, à l'âge de 9 ans, à le corriger du gâtisme.

Le *crâne* dans l'hydrocéphalie affecte encore, mais quoique très exceptionnellement, une autre forme, que l'on peut comparer à un chapeau de gendarme. Il est aplati dans le sens antéro-postérieur et s'avance sur les côtés, à l'instar des cornes du chapeau particulier auquel nous l'avons comparé.

§ III. HYDROCÉPHALIE SYMPTOMATIQUE.

Cette forme est commune et l'un de nous en a déjà rapporté plusieurs exemples dans d'autres publications. Elle se rencontre surtout, à titre de symptôme : 1° dans la méningo-encéphalite — ; 2° dans les tumeurs du cerveau et surtout du cervelet. L'observation suivante appartient au premier groupe.

OBS. XVII. — HYDROCÉPHALIE SYMPTOMATIQUE DE MÉNINGO-ENCÉPHALITE CHRONIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, céphalalgies. — Cousin maternel, épileptique. — Peur durant la grossesse. — Syphilis vaccinale probable. — Jamais de convulsions. — Fugues. — Hernie ombilicale. — Ophtalmie. — Cachexie. — Escharres. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Congestion et œdème des poumons. — Engorgement des ganglions du mèsentére. — État spongoïde des os du crâne. — Méningo-encéphalite et hydrocéphalie.*

Han... (Louis Xavier), né à Ivry, le 2 mars 1872, entre le 25 septembre 1883 dans le service de M. BOURNEVILLE, où il est décédé le 6 juin 1885.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère*, 18 *octobre* 1883). — *Père*, 51 ans, forgeron, grand, fort, très sobre, n'a eu comme maladie qu'une pneumonie il y a deux ans. Au début de son mariage, il aurait eu quelques douleurs de tête qui paraissaient avoir les caractères attenués de la migraine. Absolument rien de suspect dans sa santé antérieure. — [*Famille du père. — Père*, journalier, sobre ; il mourut à 75 ans de l'émotion de voir les Prussiens envahir les Ardennes. *Mère*, migraineuse, morte des suites d'une chute accidentelle. —*Grand-père paternel*, mort à 80 ans, intelligent, considéré, maire de son pays. Pas de renseignements sur les autres *grands-parents*. *Quatre frères* bien portants et ayant des enfants en bonne santé. Une *sœur*, très saine, a un fils, soldat actuellement. Rien à signaler de suspect au point de vue pathologigue et psychique dans la famille du père.]

Mère, 41 ans, couturière, physionomie régulière, intelligente n'a jamais été malade. — [*Famille de la mère. — Père*, ajusteur, enfant naturel, mort à 70 ans d'une maladie aiguë, sobre, jamais malade. *Mère,* 70 ans, bien portante et intelligente. Pas de détails intéressants touchant les *grands-parents. Six frères :* 1° un mort jeune de *convulsions*, attribuées aux dents ; 2° un autre mort noyé par accident ; 3° un troisième mort au régiment d'une fièvre typhoïde avec *accidents cérébraux* ; 4° les trois autres frères sont bien portants, l'un d'entre eux a sept enfants, sains de corps et d'esprit. — Trois *sœurs,* dont une morte d'un abcès du sein, les deux autres sont bien portantes. Aucun des enfants de ces sœurs n'a eu d'affection nerveuse. Un *cousin germain* est devenu *épileptique* à 22 ans et est mort d'une chute dans un accès à 26 ans. Aucun autre accident pathologique, ni psychique dans le reste de la famille de la mère.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 10 ans.

Dix *enfants :* 1° *garçon* mort né au 7e mois ; — *garçon*, 20 ans, forgeron, toujours bien portant ; — 3° *fille*, 16 ans, bien portante, intelligente ; — 4° *fille,* 14 ans, bien portante ; — 5° *fille*, morte à 8 mois de la rougeole ; — 6° *notre malade* ; — 7° *garçon*, 8 ans, bien portant ; — 8° *garçon*, 6 ans, bien portant ; — 9° *fille*, 5 ans, bien portante ; — 10° *garçon*, né à 7 mois 1/2 à la suite d'une chute de la mère, mort à 7 jours. —Aucun de ces enfants n'a eu de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. Au 5e mois de la *grossesse, grande frayeur* non suivie d'accidents graves, causée par l'explosion d'une poudrière dans le voisinage de son habitation. — *Accouchement* normal, à terme. Rien de particulier à la naissance. Nourri au sein jusqu'à 15 mois. Vacciné à 3 mois, l'enfant eut une éruption généralisée. Le vaccin aurait été sujet à caution, car 3 des enfants vaccinés en même temps seraient morts. Depuis, l'enfant a eu de nouvelles poussées éruptives, des tuméfactions aux diverses parties du corps qui ne s'abcédèrent pas ; des urines abondantes et noirâtres, de la tendance à la diarrhée. Il est survenu en outre des ulcérations entre les doigts, une tuméfaction passagère à l'anus et un abcès froid (?) au cou. La mère pendant ce temps continuait à l'allaiter. L'enfant n'a jamais eu de convulsions. Première dent à 7 ou 8 mois ; les autres dents ont poussé rapidement. Marche à 18 ou 20 mois ; propre vers le même âge. Début de la parole à 2 ans. Ce ne fut qu'à 3 ans qu'on s'aperçut de son manque d'intelli-

gence. A 6 ans, mis à l'école, on le considérait comme une mauvaise tête et il n'apprenait rien. A 8 ans, il mettait à bout la patience du maître qui ne pouvait rien en faire. On le garda à la maison, où il passait son temps à faire des cerfs-volants. Parfois il avait des fugues et partait, ne pouvant dire à son retour d'où il venait. C'est ainsi qu'il fut une fois arrêté à Créteil et envoyé au dépôt, et que deux fois ses parents le retrouvèrent aux environs d'Ivry où ils avaient habité avec lui. Il était obéissant et doux, mais manquait de mémoire. — Il se servirait assez habilement de ses mains, mais serait faible des jambes et tomberait facilement. Rougeole à 4 ans, ophtalmie consécutive ayant déterminé une taie sur l'œil gauche. Tous les ans, il est sujet à des poussées éruptives qui s'accompagnent de *cauchemars*. Il n'est pas gourmand, mange assez bien, est sujet à la diarrhée. L'onanisme n'a jamais été constaté. En résumé, la mère attribue son état à la vaccination qui, d'après le médecin qui le vit alors, aurait vicié son sang. On lui donnait de l'huile de foie de morue, du sirop antiscorbutique, des bains et on lui faisait des frictions térébenthinées. L'état actuel de l'enfant n'existe pas dans le dossier de son observation.

	A L'ENTRÉE.	AOUT 1884.	APRÈS LE DÉCÈS.
Poids....................	23 kg. 200	23 kg. 800	14 kg. 300
Taille....................	1 m. 20	1 m. 22	»

Mensurations de la tête.

Circonférence horizontale maxima....................	500
Demi-circonférence bi-auriculaire....................	300
Diamètre antéro-postérieur..........................	175
— bi-pariétal..................................	134
— bi-temporal..................................	95

1884. — *Puberté*. Petite hernie ombilicale, testicule droit très petit (volume d'un haricot). *Ectopie* du testicule gauche. Verge petite, gland découvrable. Méat normal.

Notes de l'instituteur. — Intelligence très rudimentaire. H.. connaît les lettres et les chiffres, mais ne sait compter, ne reconnaît pas les couleurs. Il mange assez proprement avec la cuiller, ne sait pas s'habiller, se lave mal. Il connaît le nom de beaucoup d'objets usuels et d'animaux. Il est incapable

de faire un mouvement à la gymnastique. Pas d'onanisme, ni de kleptomanie ; il est très susceptible. Il parle mal et nasonne.

1885. 4 *mars.* — L'enfant est atteint d'ophtalmie purulente des deux yeux qu'on attribue à la singulière habitude qu'il a de se piquer avec des petits bâtons.

Avril.—Malgré un traitement énergique, l'affection oculaire ne s'est que fort lentement améliorée. L'état général est peu satisfaisant.

20 *mai.* — Escharre sacrée. Submatité aux bases des poumons. Râles muqueux. Fièvre.

3 *juin.* — Cachexie progressive. Etat typhoïde. Peau sèche, lèvres fuligineuses. Râles disséminés.

6 *juin.* — Mort.

Description de la tête. — Le crâne est un peu allongé d'avant en arrière, il est rétréci en avant, large au niveau des bosses pariétales. Le front est étroit, l'occiput peu saillant. Plagiocéphalie. — La bosse pariétale gauche est plus proéminente que la droite. Les arcades orbitaires sont saillantes en dehors. Nez moyen, bouche moyenne. Oreilles très grandes et mal ourlées. Lèvres minces. Dentition normale. Menton saillant.

AUTOPSIE (9 juin). — L'autopsie étant faite assez tardivement et vu la saison, les viscères sont en voie de putréfaction.

Thorax. — Quelques adhérences interlobaires des plèvres. Les deux poumons sont hypérémiés et œdématiés à leur base. surtout le gauche. Poumon droit (205 gr.) Poumon gauche (175 gr.) Péricarde normal. Cœur (85 gr.) Rien de particulier. Thymus rudimentaire.

Abdomen. — Quelques adhérences entre les anses intestinales. Ganglions du mésentère tuméfiés et engorgés. *Foie* (705 gr.), hypérémié. *Rate* (40 gr.), putréfiée. *Rein droit* (90 gr.) et *rein gauche* (90 gr.), très congestionnés. Rien d'apparent comme lésion de l'*estomac* et des *intestins*.

Tête. — *Crâne* asymétrique, le côté droit est beaucoup plus développé que le gauche. Les sutures coronale et sagittale sont finement dentelées, un petit os wormien d' un centimètre de longueur sur 5 millimètres de largeur se trouve à l'extrémité de la suture sagittale. La suture lambdoïde présente des dentelures assez grossières. Elle n'a pas de contours compliqués, ni d'os wormiens sur son trajet. L'occipital fait saillie sur les pariétaux et en avant de la suture lambdoïde se trouve une dépression accentuée. Les vaisseaux méningés

ont laissé sur la table interne des empreintes très nettes. Le tissu osseux du crâne est assez épais ; entre deux lames compactes existe un tissus pongoïde assez abondant. L'os est lourd et n'est pas transparent. La base du crâne n'offre pas de particularités, ni d'asymétrie. A l'enlèvement de la calotte, on constate que la pie-mère est distendue, qu'on ne peut que difficilement la séparer de l'encéphale où elle n'adhère pas. La base du cerveau est baignée de liquide, dont il s'écoule environ 55 grammes. Les confluents normaux du liquide céphalo-rachidien, surtout le chiasma et l'origine des scissures sylviennes, sont les points d'accumulation de ce liquide. La substance nerveuse paraît lavée par le séjour dans ce liquide. Les ventricules latéraux, tant à droite qu'à gauche, sont dilatés et il s'écoule de leur intérieur environ 15 autres grammes de liquide, ce qui porte à 70 grammes environ la quantité totale de sérosité hydrocéphalique recueillie.

Cerveau. — *Hémisphère cérébral gauche.* La pie-mère adhère fortement partout et, en l'enlevant, on entraîne la substance grise des circonvolutions. Seules FA et PA, surtout dans leur partie supérieure, restent indemnes. Tous les sillons sont oblitérés et comme soudés par les adhérences de la pie-mère.

Hémisphère droit. — Le même état existe de ce côté. De même que du côté opposé, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes sont à peu près indemnes. Rien de particulier au niveau du cervelet et du bulbe, dont la décortication est des plus faciles.

Poids total de l'encéphale	1130 gr.
Cerveau	910 —
Cervelet et isthme	150 —
Liquide hydrocéphalique	70 —

L'observation clinique de notre malade n'offre pas un bien grand intérêt. Son histoire est assez terne. Pas de convulsions, pas de symptômes indiquant nettement l'origine de l'affection ou ses modifications. Mais l'autopsie est intéressante, car elle nous fait surprendre sur le fait, pour ainsi dire au début de son évolution, une méningo-encéphalite chronique déterminant l'hydrocéphalie. Peut-être la maladie ayant évolué davantage aurait donné naissance à un tableau symptomatique plus mouvementé. Les accidents post-

vaccinaux sont-ils syphilitiques? Ont-ils eu une influence sur l'hydrocéphalie? Les faits ne nous permettent pas de résoudre pareil problème.

OBS. XVIII. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE D'UNE TUMEUR CÉRÉBRALE COMPLIQUÉE D'HYDROCÉPHALIE (1).

SOMMAIRE. — *Tumeur cérébrale, hydrocéphalie symptomatique. — Grand-père paternel, alcoolique. — Mère, convulsions à deux ans. — Premiers symptômes à 10 ans. — Céphalalgie. — Vomissements, gâtisme. — Paraplégie spasmodique. — Atrophie double du nerf optique. — Mort par fracture du crâne.*

AUTOPSIE. — *Sarcome à petites cellules siégeant dans la cavité du 4e ventricule et sur la partie latérale du bulbe et du cervelet. — Hydrocéphalie : dilatation des ventricules cérébraux.*

Berl... (Charles), âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 19 mai 1888.

Les mensurations de la tête faites à diverses reprises sont intéressantes, car elles montrent le développement progressif du crâne de 1888 à 1890.

	1888	1889	1890
	—	—	—
Cicronférence horizontale maxima	545	550	560
1/2 circonférence bi-auriculaire...........	345	365	370
Distance de la glabelle à l'art. altoïdo-occipitale..............................	370	380	380
Diamètre antéro-postérieur maximum ...	190	191	191
— bi-auriculaire	115	120	120
— bi-pariétal......................	148	149	155

AUTOPSIE. — *Tête.* Ecchymose violacée au niveau de la région orbitaire gauche. — Le cuir chevelu ne présente extérieurement pas de signes de traumatisme mais, lorsqu'on l'a détaché de la calotte cranienne, on constate une vaste *ecchymose* occupant les régions temporale et pariétale et s'étendant en haut jusqu'à la suture sagittale, en arrière jusqu'à la suture lambdoïde.

(1) Cette observation, rédigée par MM. Bourneville et Morax, a été publiée *in-extenso* dans le *Compte rendu* de l'année 1890, p. 41.

La *calotte cranienne* présente une épaisseur très faible. Elle est transparente dans presque toute son étendue ; les deux côtés sont symétriques. Au niveau de la *fontanelle antérieure*, il existe encore une surface de quelques millimètres carrés non ossifiée, les sutures sagittale, lambdoïde et coronale ne sont pas soudées et les différents os qu'elles séparent présentent une mobilité relative. Le frontal est soudé. Au niveau de la bosse pariétale gauche, on constate un trait de *fracture* fissural, absolument horizontal, étendu du point culminant de la bosse pariétale à la suture fronto-pariétale, sur une longueur de 15 cent. La fracture a intéressé les deux lames osseu-

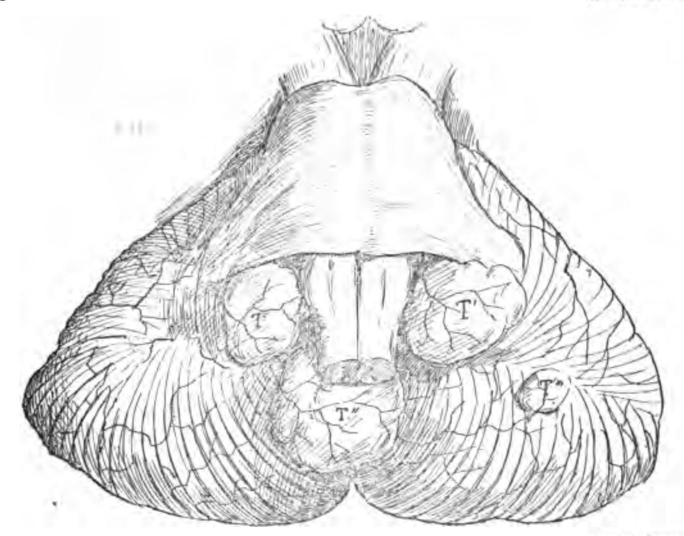


Fig. 57. — Cervelet, bulbe et protubérance de Ber... En T et T', on voit deux masses néoplasiques paraissant faire hernie en dehors du 4e ventricule par les orrifices latéraux de ce ventricule correspondant aux points de pénétration du plexus choroïdien du 4e ventricule. En T'', masse néoplasique faisant hernie à la partie inférieure du 4e ventricule. T''' petite tumeur située entre la pie-mère et la surface du cervelet.

ses du pariétal. Par sa partie externe, elle correspond à l'ecchymose sous-cutanée que nous avons décrite ; par sa partie interne elle se trouve en rapport avec un épanchement sanguin, siégeant entre la dure-mère et le pariétal. Ce foyer sanguin présente une forme allongée et mesure 4 cent. de long sur 3 cent de haut et 4 à 5 millimètres d'épaisseur.

L'*encéphale* présente un volume considérable, *son poids* est en effet de 1900 gr. Lorsqu'on le saisit, on est frappé par la

faible consistance des hémisphères et la pression y fait naître une fluctuation très marquée. Lorsqu'on dépose la masse encéphalique sur le plan de table, les hémisphères s'étalent et les cornes sphénoïdales se dépriment. La pie-mère a un aspect normal au niveau de la face convexe et de la face interne des hémisphères. Au niveau de la base, dans l'espace situé au-devant des pédoncules cérébraux, elle est épaissie et présente un aspect laiteux. On constate, au niveau de la région fronto-pariétale gauche, une ecchymose légère siégeant dans l'épaisseur de la pie-mère et correspondant à la région contusionnée. — La pie-mère est mince et s'enlève difficilement, bien qu'il n'existe pas d'adhérences proprement dites.

Au niveau du *cervelet* et du *bulbe,* la pie-mère tapisse des saillies, dont la face interne est en rapport avec ces organes (*Fig.* 57 et 58). Ces *tumeurs*, qui présentent une forme lenticulaire et dont le volume varie de la grosseur d'un pois à celle

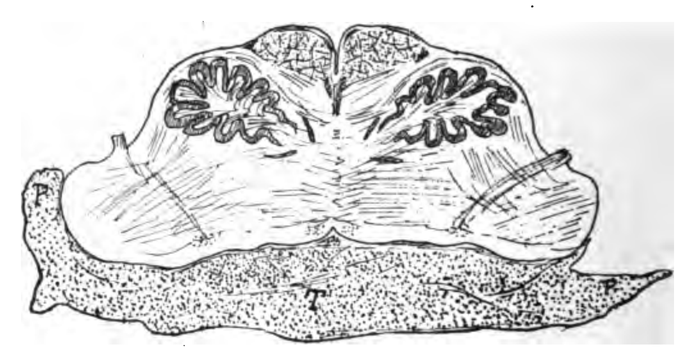


***Fig*. 58. — *Coupe du bulbe et du 4e ventricule faite au niveau de la partie supérieure des olives.* La masse néoplasique T oblitère complètement la cavité ventriculaire et présente des prolongements latéraux, P, P, qui la relient aux tumeurs extra-ventriculaires. Le bulbe est aplati dans le sens antéro-postérieur. Il n'y a pas de lésions des éléments nerveux du bulbe.**

d'une noisette, se distinguent à peine par la couleur de la substance nerveuse avec laquelle elles ne paraissent pourtant pas se continuer. De chaque côté du bulbe, immédiatement au-dessous des pédoncules cérébelleux moyens, il existe deux masses néoplasiques volumineuses. Il en existe une également au niveau de la partie postérieure du vermis inférieur, dans la région qui sépare les deux hémisphères cérébelleux. Cette tumeur dont la face antérieure répond à la partie antérieure du plancher du 4e ventricule se continue

en haut avec une masse de même nature qui oblitère complètement la cavité du 4e ventricule.

Après section du corps calleux, il s'écoule des ventricules latéraux une quantité considérable de liquide limpide (600 gr.) Les *ventricules latéraux* sont uniformément dilatés, sans que leur forme générale soit notablement modifiée. L'épaisseur de la substance cérébrale qui sépare la paroi ventriculaire de la surface convexe des hémisphères ne dépasse pas 3 centimètres. Le corps calleux ne forme plus qu'une mince lamelle. La paroi des ventricules ne présente aucune particularité, à part un certain degré de vascularisation qui paraît un peu plus considérable qu'à l'état normal. Il en est de même des plexus choroïdiens des ventricules latéraux. Le 3me *ventricule* est également dilaté, mais dans une proportion beaucoup moins considérable que les ventricules latéraux.

L'*aqueduc de Sylvius* a son diamètre normal. Les *nerfs optiques* offrent à la coupe une coloration grisâtre et une transparence atrophique très marquée. La vascularisation de la gaîne externe est très prononcée sur les $^2/_3$ postérieurs du nerf. — Les autres *nerfs crâniens* sont normaux.

La compression exercée par les *tumeurs* du cervelet a eu pour conséquence en quelque sorte une oblitération du 4me ventricule, une dilatation modérée du 3me ventricule et une dilatation considérable des ventricules latéraux, en un mot une *hydrocéphalie symptomatique*. La quantité de liquide céphalo-rachidien, recueillie quand on a séparé les hémisphères cérébraux et qui n'était pas moindre de 600 grammes, indique le degré de cette hydrocéphalie.

La distension des ventricules a déterminé à son tour une augmentation du volume de la tête très prononcée, ainsi que le fait ressortir le tableau comparatif des mensurations de la tête en 1889 et en 1890. Bien que l'enfant fût âgé de 12 ans, les sutures fronto-pariétale et inter-pariétale se sont écartées de 2 millimètres à 25 millimètres. Les dentelures des os voisins, comparables à des stalactites et à des stalagmites, étaient réunies par une sorte de membrane plus ou moins transparente (*Fig.* 59). Lors du premier examen de la

tête, on avait noté que les fontanelles et les sutures semblaient fermées; c'est donc durant le séjour du malade à Bicêtre que s'est opéré cet écartement des os, qui vient fournir, croyons-nous, un argument

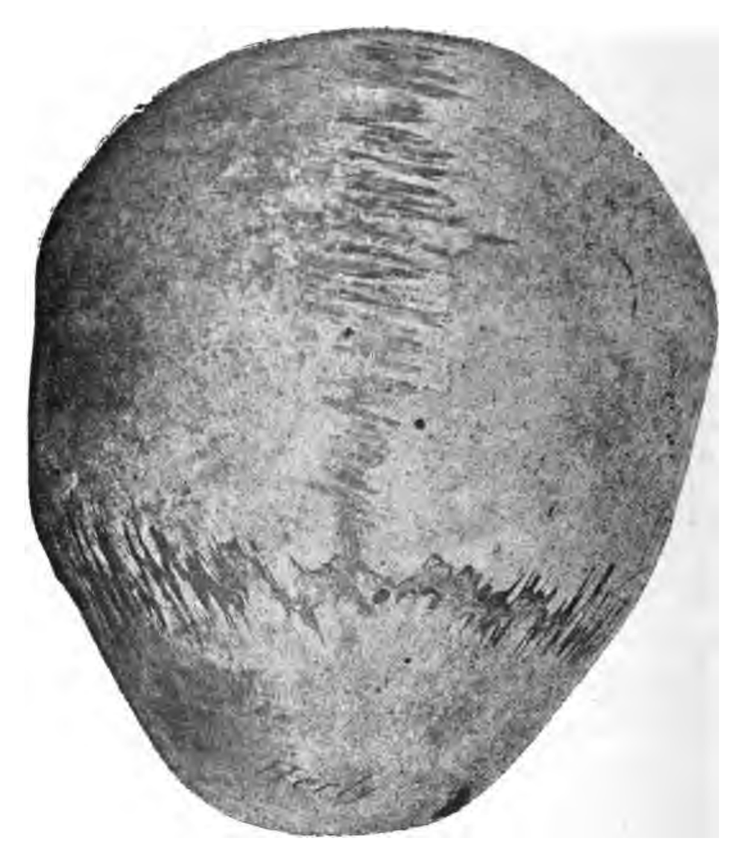


Fig. 59. — Face convexe du crâne de Ber...

sérieux contre la *crâniectomie*. C'est parce que les os du crâne ont pu s'écarter aussi largement que les phénomènes de compression n'ont pas été plus graves, ont offert une grande lenteur et même des rémissions

dans leur marche. La vie aurait donc pu se prolonger encore s'il n'était survenu un traumatisme qui a eu si promptement une issue fatale. Tous les os étaient translucides, notablement amincis, car ils n'avaient qu'un à deux ou trois millimètres d'épaisseur.

OBS. XIX. — IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE TUMEURS DU CERVELET COMPLIQUÉES D'HYDROCÉPHALIE; DISTENSION DES SUTURES (1).

SOMMAIRE. — *Père migraineux dans l'enfance, très colère, nombreux excès de boisson avant le mariage. (A deux 60 bouteilles de bière en un jour.) Malformation des doigts (trois doigts seulement à la main droite.) — Grand'mère paternelle très nerveuse, sujette à des migraines, mort subite. — Arrière-grand'tante paternelle en enfance. — Mère, nerveuse; cauchemars. — Grand'mère maternelle, hypohondriaque, aliénée. — Arrière-grand'oncle-maternel, suicidé par pendaison. — Grand-père maternel, alcoolique, violent. — Grand-oncle maternel, mort d'une attaque d'apoplexie. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans.*

Allaitement partiel au lait de chèvre. — Intelligence ordinaire jusqu'à 6 ans. — Violents maux de tête avec vomissements bilieux. — Deux mois plus tard, affaiblissement de la vue ; puis paralysie et cécité complètes ; crises convulsives probables (?). —Nystagmus; strabisme divergent; atrophie blanche des deux papilles. — Paraplégie spasmodique. — Trépidation spinale. — Accès migraineux avec ronflement et élévation de la température ; accès de colère. — Gâtisme. — Congestions de la face. — Augmentation de volume de la tête. — Amélioration passagère à la Fondation Vallée : diminution de la paralysie. — Gangrène des extrémités inférieures. Septicémie. — Mort.

AUTOPSIE. — *Écartement des os du crâne; distension des os du crâne; — état membraneux des sutures. — Hydrocéphalie ventriculaire double. — Dilatation du troisième*

(1) Cette observation, rédigée par MM. Bourneville et Ferrier, a été publiée *in-extenso* dans le *Compte-rendu* de l'année de 1892, p. 233.

ventricule. — Kystes et infiltration sanguine du cervelet (tubercules transformés).

Baisse.... (Marie), âgée de 7 ans, née à Vitteau (Côte-d'Or), le 2 novembre 1882, est envoyée d'office, des Enfants Malades, le 14 mai 1890, à la Fondation Vallée (service de M. BOURNEVILLE).

	1890	1892	
	Octobre	Janv.	Juil.
Circonférence horizontale maxima	53	56.5	57.5
Demi-circonférence bi-auriculaire	37	38.5	38.5
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39	40.5	41
Diamètre antéro-postérieur maximum	17.5	18.3	18.5
— bi-auriculaire	13	12.3	13.1
— bi-pariétal	15.6	16.8	17.9
Hauteur médiane du front		6.5	6.5

Ces mensurations comparatives montrent que le crâne augmente notablement de volume et qu'il se développe une *hydrocéphalie* symptomatique, à marche assez rapide.

AUTOPSIE, 26 heures après décès. — *Tête*. Le *cuir chevelu* est très mince, très pâle et a perdu toute sa graisse. La *calotte* est à peu près symétrique, plus développée cependant à droite qu'à gauche. Les fontanelles sont fermées, mais les *sutures coronale, sagittale* et *lambdoïde* sont écartées et l'intervalle, compris entre les dentelures des sutures correspondantes, est comblé par une membrane mince et transparente. Les dentelures des os se sont très allongées ; leur écartement de celles de l'os voisin atteint jusqu'à trois ou quatre centimètres. Les parties osseuses voisines du tiers moyen de la suture coronale sont transparentes. Les deux pariétaux offrent aussi en bas des impressions digitales qui les rendent translucides *(Fig. 60)*.

La base est sensiblement symétrique. Le plancher des orbites offre des impressions digitales très profondes. La fosse pituitaire est un peu élargie, aplatie. Les fosses sphénoïdales paraissent symétriques. La fosse occipitale gauche est un peu plus développée que la droite, en sorte qu'il existe un léger degré de *plagiocéphalie*.

Lorsqu'on enlève la calotte crânienne, il s'écoule 50 grammes

de *liquide céphalo-rachidien* mêlé de sang. La *dure-mère* est mince et très pâle. La dure-mère et le cerveau se sont

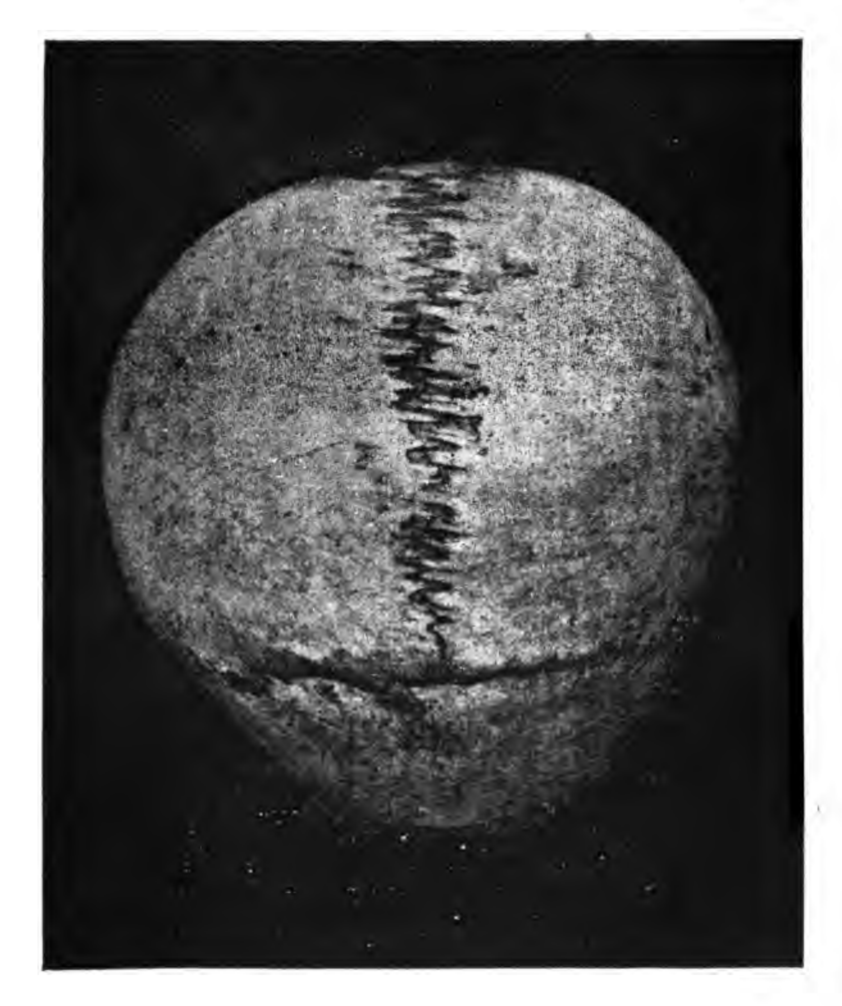


Fig. 60. — Crâne de Marie Bais...

affaissés considérablement, et hors de proportion avec la petite quantité de liquide qui s'est écoulée. Il y a un paquet

d'adhérences à l'extrémité antérieure et à l'extrémité postérieure du lobe temporal gauche. Les *nerfs olfactifs* sont aplatis, minces. Lorsque l'encéphale repose sur sa convexité, il s'élargit d'une façon notable, et a un contour presque circulaire.

On remarque une sorte de *kyste* arrondi, translucide, au niveau de l'espace interpédonculaire, et en avant du chiasma des nerfs optiques qui se trouvent soulevés par le kyste. Celui-ci, en arrière du chiasma, forme une sorte de prolongement ou saillie comme un mamelon. Ce kyste a environ deux centimètres de diamètre et forme une saillie d'environ un centimètre et demi. En arrière du bulbe, entre les deux hémisphères cérébelleux, au niveau du sillon qui les sépare, existe un *second kyste* allongé dans le sens tranversal, ayant près de 3 centimètres dans ce sens, et 2 centimètres de hauteur. Deux petits sillons le séparent en deux parties et lui donnent un aspect bosselé. Les kystes sont transparents. L'antérieur est bleuâtre, le postérieur, légèrement citrin. Le petit mamelon du kyste antérieur répond à l'insertion de la tige pituitaire. Le kyste antérieur communique avec les ventricules, augmente si on les comprime et diminue si on les laisse se dilater. Le *corps pituitaire* est un peu épais, mais large, et d'une coloration grisâtre prononcée.

Les *nerfs optiques* sont très atrophiés et ont à peine deux millimètres de diamètre. Ils présentent une teinte vitreuse. Les *bandelettes* sont réduites à une mince couche. Les *tubercules mamillaires* sont tout-à-fait aplatis. Les autres nerfs de la base paraissent à peu près normaux. — Les artères sont symétriques. — La protubérance est un peu aplatie.

Lorsqu'on sépare le cerveau du cervelet, il s'écoule 70 grammes de *liquide céphalo-rachidien*. — Le *cervelet* est très volumineux. Son *lobe gauche* en particulier est tuméfié et on sent à la pression une masse dure dans sa partie antérieure. Au-dessus du plancher du quatrième ventricule, on aperçoit une tuméfaction jaune-verdâtre, striée, de consistance un peu molle, qui fait saillie à la face inférieure du lobe gauche du cervelet. En arrière de cette tuméfaction se trouve un *kyste*, arrondi et mamelonné, de volume à peu près égal à celui du kyste du cerveau.

La décortication du cerveau se fait assez facilement. On constate alors que l'hémisphère gauche est plus bombé que le droit, et donne la sensation de fluctuation, qui répond à ce que l'on voyait par la face supérieure.

Encéphale	1.375 gr.
Hémisphère cérébral droit	555 gr.

Hémisphère cérébral gauche	544 gr.
Cerveau	1.100 gr.
Cervelet et isthme	200 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	65 gr.
— — gauche	110 gr.

Examen histologique, par M. A. PILLIET, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité. —Il a porté sur des fragments de la mœlle cervicale, cervico-dorsale, dorsale et lombaire. Les coupes étaient colorées à l'hématoxyline pour les tubes nerveux ou au carmin d'alun pour les cellules. La *moelle* est symétrique dans toute sa longueur; il n'existe pas de tache isolée de dégénérescence. Le canal épendymaire est régulier et non dilaté.

Dans la *substance grise*, on constate surtout la diminution du nombre des cellules motrices. Elle est très accentuée au niveau du renflement cervical. Dans la région lombaire où les cellules motrices sont si abondantes normalement, on les trouve espacées les unes des autres, et peu nombreuses. — Leurs prolongements sont distincts; à part l'état ratatiné de leur corps protoplasmique, qui est dû à l'action prolongée du bichromate de potasse, elles ne paraissent pas avoir subi de dégénérescence. La lésion est donc purement quantitative, On la retrouve, quoique plus difficile à constater, sur les cornes postérieures qui sont très courtes dans les régions dorsale et lombaire. La colonne de Clarke n'est bien individualisée nulle part.

Les *cordons blancs* ont une trame interstitielle très abondante en éléments cellulaires, souvent groupés par petits amas étoilés qui sont surtout marqués sur les cordons antéro-latéraux et font défaut dans les cordons postérieurs. Les tubes nerveux sont d'un diamètre extrêmement étroit dans les cordons latéraux, à la périphérie de la substance grise. On en rencontre un grand nombre qui n'ont que 1 à 2 centimètres de diamètre. A côté d'eux se trouvent des tubes dont le cylindre d'axe est au contraire volumineux et dont les couches concentriques de myéline sont nombreuses; mais ils sont rares dans cette région des petits tubes. En revanche, ils constituent uniquement la périphérie des cordons blancs.

En résumé diminution quantitative des cellules de la substance grise; prolifération du tissu interstitiel des cordons blancs; très petit volume des tubes nerveux dans les cordons latéraux, telles sont les trois sortes de lésions que l'on trouve dans les différents points de l'axe spinal.

Ainsi que nous l'avons dit, dans la très grande majorité des cas de *tumeurs du cervelet*, il survient une *hydrocéphalie symptomatique* entraînant fatalement une dilatation des *ventricules latéraux* et du *troisième ventricule*. A cet égard les observations publiées par les auteurs ne laissent subsister aucun doute. Mais, fait assez singulier, aucun à notre connaissance, ne fait mention de l'état des *os du crâne*. Cet oubli se conçoit très bien quand il s'agit d'observations ayant trait à des malades adultes, dont le crâne, parvenu à son complet développement, avait des sutures inextensibles. Il n'en est plus de même des observations de tumeurs du cervelet concernant des enfants ou des adolescents, chez lesquels les sutures pouvaient encore s'écarter sous l'influence de la pression exercée par l'hydrocéphalie ventriculaire. Il a dû aussi se produire, sinon dans tous ces cas, au moins dans quelques-uns d'entre eux, des lésions analogues à celles que nous avons notées chez Marie Baiss... et chez le malade précédent Berl..., Chez Marie Baiss..., comme chez Berl..., nous avons observé exactement les mêmes lésions mécaniques du côté des os du crâne (*Fig.* 60).

Dans le cas de Marie Bais.., comme dans celui de Berl.., l'*écartement des os*, et la *distension des sutures* étaient arrivés à un degré très prononcé. Nous nous sommes demandé quelle était la première phase du processus pathologique qui aboutit à cette distension curieuse des sutures. Nous pensons que l'explication nous est peut-être fournie par les lésions que nous avons constatées dans les observations de Dufoul.., Martin.., consignées dans notre *Compte-rendu de Bicêtre*, pour 1892 (p. 167, 172, 204, 206). Chez les malades qui en font le sujet, nous avons vu se produire dans la substance intersuturale une prolifération de tissus, très intense, aboutissant à la production d'une sorte de bourrelet vasculaire, et cela sous l'influence d'une

méningo-encéphalite, point de départ d'une *hydrocéphalie ventriculaire symptomatique.*

Que l'hydrocéphalie soit symptomatique de méningo-encéphalite ou de tumeurs de l'encéphale, elle a toujours une issue fatale.

§ III. — CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET ANATOMIQUES SUR L'HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE.

Les travaux publiés jusqu'ici sur l'hydrocéphalie chronique sont les uns de simples observations isolées et commentées, les autres des articles généraux de dictionnaire ou de traités de pathologie où la bibliographie a souvent tenu compte d'expérience. Les monographies spéciales sont rares. Aussi nous croyons-nous autorisés à tenter un essai très bref de nosographie sur cette affection, d'après nos observations.

SYMPTOMES OBJECTIFS. — 1° *Examen de la tête.* Le premier symptôme qui frappe à l'examen de l'hydrocéphale, c'est la *malformation du crâne*, Cette malformation consiste le plus généralement en une augmentation de tous les diamètres sauf dans les cas de scaphocéphalie où le diamètre antéro-postérieur est seul accru, le crâne ayant subi comme une sorte de dépression bi-latérale. Nous avons eu l'occasion d'observer, sans toutefois pouvoir en relever l'histoire, un enfant présentant la déformation opposée à la scaphocéphalie : Le crâne, déprimé d'avant en arrière, était latéralement élargi, offrant la forme du chapeau de gendarme (1).

Les observations que nous avons recueillies ne nous

(1) Le Musée Dupuytren, possède deux exemples, atténués, de cette forme particulière du crâne.



permettent pas de comparer diamètre par diamètre les crânes hydrocéphales aux types normaux, nos sujets sont tous très jeunes et d'âges différents, mais la comparaison sera fructueuse si nous la faisons porter sur le rapport des principaux diamètres antéro-postérieur et transversal, c'est-à-dire sur l'indice céphalique. Cet indice est environ de 1,30 chez l'adulte normal. Dans la presque totalité de nos observations l'indice céphalique est inférieur à la norme. La moyenne de nos cas donne aux hydrocéphales ordinaires un indice de 1,16. Nous pouvons en tirer cette règle que, chez les hydrocéphales simples, la distension du crâne s'opère surtout aux dépens du diamètre transversal. Certaines particularités confirment cette règle : nos malades les plus atteints et dont le crâne est le plus distendu ont un indice qui se rapproche (Cœur... 1,10) et atteint même (Ess... 1) l'unité. Dans ces cas, le grand diamètre transversal ou bi-pariétal égale l'antéro-postérieur.

Les *scaphocéphales* forment une classe tout à fait différente où le diamètre antéro-postérieur a surtout subi la distension. Ces malades, du reste tout particuliers, n'ont généralement qu'un faible épanchement dans les ventricules. Leur indice céphalique dépasse l'indice normal, il est en moyenne de 1,35. La différence entre ces rapports est moins grande que l'aspect des crânes pourrait le faire croire, mais cela tient à ce que le siège de l'aplatissement porte plus sur la partie antérieure du crâne que sur la région bi-pariétale.

La comparaison des autres mensurations crâniennes doit à notre avis, se borner à celle de la circonférence horizontale maxima ; seule, cette mensuration nous parait suffisamment précise, les points de repère qui guident la mesure des autres ne sont pas assez bien déterminés pour ne point donner lieu à de grossières erreurs. Si l'on songe que la circonférence horizontale maxima du crâne chez l'Européen adulte

vivant est, selon M. Topinard, de 545 mm., on se rendra facilement compte par le tableau suivant de la distension crânienne des malades que nous avons observés :

	NOMS.	AGE.	CIRCONF. HORIZON. MAXIMA.	INDICE CÉPHALIQUE.	QUANTITÉ DE LIQUIDE.
Hydrocéphalie simple.	Esse.....	2 ans.	500 mm.	1 »	960 gr.
	Lob......	2 aus.	510 —	1.15	1000 gr.
	Gard.....	2 ans.	480 —	1.14	500 gr.
	Esc......	4 ans.	580 —	1.15	Vivante.
	Vign.....	6 ans.	660 —	1.09	2180 gr.
	Noir.Juli.	12 ans.	700 —	1.26	Vivante.
	Cœur	13 ans.	625 —	1.10	120 gr.
	Gren.....	16 ans.	580 —	1.50	100 gr.
	Revill....	17 ans.	615 —	1.22	
	Chev.. A	18 ans.	590 —	1.18	150 gr.
	Pet	21 ans.	602 —	1.13	Vivant.
Hydrocéphalie enkystée.	All.......	2 ans.	595 —	1.14	1650 gr.
	Sor	6 ans.	540 —	1.10	140 gr.
Scaphocéphalie.	Chev..G.	8 ans.	551 —	1.40	30 gr.
	Charm...	9 ans.	545 —	1.27	300 gr.
	Noir.. A.	15 ans.	480 —	1.26	90 gr.
	Moq......	19 ans.	570 —	1.36	Vivant.
Hydrocéphalie symptomatique.	Han	13 ans.	500 —	1.30	70 gr.
	Baiss.....	10 ans.	575 —	1.03	120 gr.
	Berl	14 ans.	560 —	1.23	600 gr.

Nos observations portent donc sur des cas d'ydrocéphalie considérable sans cependant atteindre le fameux crâne du musée des chirurgiens de Londres qui a 91 cen. de pourtour, ni celui de l'observation d'Esquirol, qui atteignait 87 cen. Remarquons toutefois que ces malades-phénomènes avaient l'un 23 ans, l'autre 25 ans.

Les *fontanelles* sont le plus souvent perceptibles chez les très jeunes hydrocéphales, elles disparaissent et se solidifient chez les plus âgés. Il en est fréquemment de même pour les *sutures*, nous reviendrons du reste sur ce sujet en traitant de l'anatomie pathologique. Nous avons entendu le souffle hydrocéphalique et perçu des pulsations très nettes chez nos malades dont les fontanelles persistaient et surtout chez Esse.. Ces derniers étaient synchrones avec les battements du pouls.

La forme du crâne n'est pas ordinairement symétrique, presque tous nos malades avaient un degré de plagiocéphalie plus ou moins accentué. Au front, chez tous fort développé, succédait chez la plupart une dépression sourcillière et le visage, triangulaire, n'était pas en rapport le plus souvent avec l'énormité du crâne. Cependant des exceptions assez nombreuses existaient à ce sujet. Nous n'insisterons pas sur la physionomie : un simple regard jeté sur les figures publiées au cours de ce travail en dira plus long qu'une description imparfaite. Nous ne saurions pourtant passer sans dire un mot du *port de la tête* chez les hydrocéphales. Les adultes que l'on peut considérer comme guéris ou les enfants de la seconde enfance tiennent, en général, la tête assez correctement, bien qu'elle ait toujours tendance à s'incliner en avant. Les hydrocéphales du premier âge, surtout si la maladie est très accentuée, ne peuvent maintenir la tête verticale : ils la laissent tomber soit en avant, soit en arrière, souvent même sur un côté. Ce symptôme est

fréquemment celui qui attire le premier l'attention des parents et amène à constater l'hydrocéphalie.

2° *Examen du corps.* — Le *thorax* présente assez souvent (dans près de la moitié des cas) des *déformations* qui peuvent être attribuées au rachitisme. Les uns sont atteints d'une légère cyphose, de cypho-scoliose ou de scoliose pure, à concavité droite ou gauche, et portant aussi bien, selon les cas, sur la région lombaire que sur la région dorsale. Les autres présentent simplement le chapelet rachitique ou l'exagération de la courbure de l'angle postérieur des côtes. Un grand nombre d'hydrocéphales ont néanmoins le thorax parfaitement conformé et développé. L'*abdomen*, chez les enfants les plus infirmes, est parfois volumineux et distendu. Le *bassin* n'offre de déformation que chez les cyphotiques ou les scoliotiques et ces modifications sont purement de compensation.

3° Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont fréquemment le siège de *demi-contractures* des muscles, de raideurs articulaires, dûes, semble-t-il, à un léger degré de *paralysie spasmodique*, d'origine purement cérébrale, qui pourrait être considérée en quelque sorte comme un léger degré de la maladie de Little. Dans quelques cas où l'hydrocéphalie est énorme et dans les deux cas où elle est symptomatique de tumeur du cervelet, la paralysie, portant plus spécialement sur les membres inférieurs, empêche tout fonctionnement de ces organes. Dans trois cas, la paralysie affectait la forme hémiplégique. Parfois la contracture se complique de déviations des pieds en varus équin. Les *réflexes* patellaires, le plus souvent normaux, manquaient absolument chez Ess... Nous avons constaté une fois (Marie Baiss..) la trémulation épileptoïde. Dans la plupart des cas, il n'y avait pas de malformation rachitique notable des membres.

4° *Motilité. Préhension. Marche.* — La *motilité* est en raison directe du degré de paralysie et de contracture, nous ne l'avons jamais vue complètement abolie. Quant à la coordination des mouvements, elle dépend à la fois de la paralysie et de l'intelligence. — La *préhension* s'exécute le plus souvent avec régularité, — La *marche* qui, chez les plus jeunes et les plus atteints de nos malades n'a pu se développer, est chez tous les hydrocéphales notablement retardée. Les plus précoces commencent à marcher à 13, 14 ou 15 mois, souvent ils ne l'apprennent qu'à 2, 3, 4, et même 6 ans. Pet... un de nos malades les mieux constitués physiquement, qui a 21 ans et est parfaitement musclé et développé, n'a commencé à marcher qu'à 4 ans. En général, la marche est lourde, traînante, compliquée d'une sorte de balancement latéral. Le corps est souvent penché en avant et l'enfant paraît courir vers son centre de gravité déplacé en avant par le poids de sa tête. Quant au retard de la marche chez les enfants qui se sont développés malgré leur hydrocéphalie, nous croyons pouvoir l'attribuer à la négligence des personnes qui devraient les éduquer. Peti..., peu soigné par sa famille, n'a appris à marcher qu'à 4 ans, tandis que la petite Valentine Esco..., objet de toute la sollicitude de sa mère et de sa sœur, marchait dès l'âge de 14 mois.

5° *Sensibilité générale.* — La sensibilité générale à la piqûre et au froid existe chez tous nos malades. Les plus atteints par l'hydrocéphalie (Ess... par ex.) réagissaient à la piqûre et au froid. Il nous semble difficile chez les enfants intelligents de pousser plus loin qu'une simple constatation l'étude de la sensibilité et de rechercher de quel degré elle est chez eux supérieure ou inférieure à la normale. Bornons-nous à relater que, chez nos hydrocéphales les plus avancés, la sensibilité existait nettement tout en paraissant obtuse, que le froid modéré amenait des réactions

plus violentes que la piqûre, que les parties exposées à l'air, telle que la face, paraissaient un peu moins sensibles.

6° *Organes des sens.* — L'*ouïe*, l'*odorat*, le *goût*, ne nous ont pas paru très profondément modifiés. Il n'en est pas de même de la *vue*. Les hydrocéphales les plus accentués, tels qu'Ess..., paraissent être complètement aveugles. Presque tous ont la vue faible et sont très myopes. On ne constate pas généralement de troubles prononcés de la motilité de l'œil, ni des réflexes de la pupille.

7° *Nutrition en général.* — La nutrition générale de l'hydrocéphale est presque normale chez les malades qui ne sont pas de véritables monstres. Certains même jouissent d'une excellente santé et sont dans un état d'embonpoint des plus satisfaisants. Chez les malades dont l'hydrocéphalie est énorme, il y a un ralentissement considérable de la nutrition. Anémiés, lymphatiques, la plupart tombent dans une cachexie progressive et meurent le plus souvent de congestion pulmonaire.

Ce ralentissement de la nutrition se manifeste par une *diminution notable de la température du corps*. La température rectale varie chez ces malades entre 36°,2 et 37°, alors que normalement elle oscille entre 37° et 38°.

Il serait intéressant d'étudier chez les hydrocéphales les variations de la composition des *urines*. Il doit certainement y avoir des troubles dans l'élimination du l'urée, des dérivés azotés, des chlorures et surtout des phosphates. Nous espérons arriver à combler cette lacune.

8° *Développement.* — L'accroissement en *poids* et en *taille* se fait normalement chez les enfants qui ne sont

pas paralysés. Chez les paraplégiques, les membres inférieurs, atrophiés à un degré plus ou moins prononcé, ne permettent pas de comparer le développement de l'infirme à celui d'un enfant normal. Au point de vue de la *puberté*, chaque hydrocéphale forme un type à part; mais l'examen de nos observations démontre amplement que, si certains hydrocéphales comme Peti... se développent régulièrement, nombre d'autres ont les testicules atrophiés ou en ectopie. Quant à la *dentition*, elle est généralement retardée, mais l'épanchement hydrocéphalique ne semble réagir en rien sur la conformation des dents; beaucoup de nos malades avaient des dents magnifiques et parfaitement rangées.

9° *Accidents convulsifs.* — Les accidents convulsifs sont les symptômes de début de l'hydrocéphalie. Fréquemment l'augmentation de volume de la tête coïncide, chez le jeune enfant, avec une série de crises convulsives plus ou moins intenses et ne présentant aucun caractère permettant de les différencier des crises éclamptiques des enfants en bas-âge. Ces crises sont quelquefois très fréquentes et marquent en général une étape en avant de la maladie. Lorsque l'augmentation du liquide cesse, les crises disparaissent ordinairement. Elles persistent cependant chez certains, revêtant alors le caractère comitial, de sorte que le malade peut être considéré comme atteint d'*épilepsie symptomatique*. On pourrait rapprocher de ces crises les *poussées congestives*, et les *accès de colère* fréquents chez les hydrocéphales.

Quant aux *tics*, ils n'affectent jamais ici le type convulsif et leur coordination en fait dans ces cas plus un trouble psychique qu'un symptôme somatique.

ÉTAT MENTAL DES HYDROCÉPHALES. — Il est difficile de tracer un tableau net et précis de l'état men-

tal des hydrocéphales en général. Doit-on le considérer comme un idiot plus ou moins complet ou un imbécile? Personne ne saurait répondre à pareille question, car les malades que nous avons pu observer offraient des dissemblances psychiques considérables. Comme chez tous les enfants arriérés ou idiots, l'inattention, l'instabilité forment le fond de leur caractère. Ils possèdent tous les instincts, même lorsque l'hydrocéphalie est très développée et en fait de véritables êtres végétatifs. Ils sont ordinairement affectueux pour ceux qui s'occupent d'eux et si, chez Pet..., l'affection familliale a disparu, on peut l'attribuer au raisonnement sommaire qui fait que le jeune homme reproche à sa famille la prolongation de son internement. Les sentiments sociaux et moraux existent chez presque tous. Noi... (Julie) se rend parfaitement compte de la hiérarchie, se moquant des infirmières et obéissant aux surveillantes et cette enfant est pourtant gâteuse. Esco... a des sentiments de pudeur et d'affection très vifs. Mais le penchant caractéristique des hydrocéphales est la vanité. Chez les petites filles, la vanité se traduit par le bavardage sur un ton d'importance et surtout par la coquetterie. Chez les garçons, cette vanité se traduit souvent par de la prétention, de la fatuité, qui les rend suffisants et paresseux. Le *langage* se développe assez facilement chez eux bien que la mémoire soit généralement mauvaise. Le début de la parole est tardif. L'enfant commence le plus ordinairement à prononcer quelques mots à 15 ou 20 mois, mais certains n'ont appris à parler qu'à 3, 4 et 5 ans. La *volonté*, chez la plupart, est à peu près nulle. L'entêtement relatif de certains et leurs accès de colère sont déterminés par un trouble apporté dans leurs habitudes, les obligeant à prendre une initiative quelconque et par conséquent à mettre en jeu leur volonté. Certains de nos malades présentent des *tics coordonnés*, se bornant au balan-

cement. Chez une petite fille (Lucie), un de nous (1), a observé le phénomène de l'écholalie.

Nous concluerons de ces réflexions qu'au point de vue mental, l'hydrocéphale ne forme pas un type encore bien défini ; que son cerveau fonctionne psychologiquement assez mal, mais que les lacunes qui caractérisent ce mauvais fonctionnement sont nombreuses et varient avec chaque individu. Remarquons toutefois que l'état psychique n'est pas en rapport direct avec le degré de l'hydrocéphalie et les symptômes somatiques. La petite Noire... (Julie) qui a une circonférence maxima du crâne égalant 700 millimètres, qui est gâteuse et paralytique,cause correctement, a l'intelligence assez développée et raisonne même parfois assez judicieusement, tandis que Moq..., mieux constitué au point de vue somatique, est resté idiot. Certains hydrocéphales même peuvent être, au point de vue psychique, considérés comme des enfants presque normaux, témoin la petite Esco.., dont nous relaterons l'observation plus loin. L'observation de Noire.., dont nous avons parlé à diverses reprises, trouve, ici, sa place naturelle.

OBS. XX. — HYDROCÉPHALIE.

SOMMAIRE. — *Père, enfant naturel. — Grand-père paternel, ivrogne. — Grand'mère paternelle, coléreuse, morte avec ascite (?). — Oncle paternel, ivrogne. — Tante paternelle, morte enfant de convulsions. — Têtes volumineuses dans la famille du père (?). — Mère, convulsions à 18 mois, fièvre typhoïde avec délire à 10 ans. — Grand-père maternel, absinthique. Grand'mère maternelle, migraineuse. — Pas de consanguinité.*

Conception, grossesse, accouchement : rien de particulier. — Tête petite à la naissance. — Hernie ombilicale. — Imperforation incomplète de l'anus. — Sevrée à 18 mois. — Début de l'accroissement de la tête à 10 mois. — Parole à 2

(1) Noir (J.). — *Étude sur les tics.*

ans. Première dent à 5 mois. Dentition complète à 2 ans. — Ne marche pas. — Rougeole à 5 ans. Varioloïde à 7 ans. — État actuel. Description de la tête. Cyphoscoliose. — Contracture des jambes. Gâtisme. Puberté. Menstruation. État mental.

Noi... (Julie), née le 23 avril 1882, entre le 17 juin 1892, à la Fondation Vallée (Service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère le 25 juin 1892). — *Père*, enfant naturel, 33 ans, doreur sur bois, n'a jamais eu d'affection diathésique, ni professionnelle. Il est calme, sobre, bien portant. [*Famille du père* : *Père* : ivrogne, mort à l'hôpital Saint-Louis d'une affection de la langue. — *Mère*, nerveuse, coléreuse, sans crises d'aucune sorte, sujette à des douleurs de tête après son retour d'âge. Elle était sobre, a vécu maritalement avec le père jusqu'à la mort de ce dernier et se maria ensuite. Elle mourut d'une affection probablement hépatique ou ovarienne caractérisée par de l'ascite sans œdème des extrémités. — Deux *oncles maternels* en bonne santé, sobres. — Deux *frères* : 1° l'un a 40 ans, est ivrogne, a les défauts de son père ; 2° le second, 28 ans, est sobre. — Une *sœur*, morte à la suite de couches d'une affection aiguë, avait eu trois enfants dont un mort en naissant, le second mort tuberculeux, le troisième est bien portant. Chez aucun de ces enfants, l'on ne constata d'accidents nerveux ; — une *demi-sœur* (de mère), morte à 3 ans 1/2 d'accidents méningitiques avec convulsions. Aucun renseignement sur les grands parents, ni sur le reste de la famille.]

Mère, 33 ans, fleuriste, a eu à diverses reprises jusqu'à l'âge de 18 mois de nombreuses crises convulsives. Fièvre typhoïde à 10 ans avec délire, sans trouble psychique consécutif. Aucun accident nerveux. Physionomie bonne, régulière ; intelligence ordinaire, instruction médiocre. Sa tête est de volume normal, elle ne l'aurait jamais eue volumineuse. Elle prétend que, du côté du père de l'enfant, tout le monde avait la tête fort grosse (?). — [*Famille de la mère.* — *Père*, 60 ans, bien portant, mais violent, méchant, *alcoolique*, absinthique, battait souvent sa femme. — *Mère*, morte à 62 ans, de bronchite chronique (?) ; migraineuse, elle avait tous les mois des accès qui l'obligeaient de se mettre au lit. Très vive, même coléreuse. — *Grands-parents paternels* et *maternels* vigoureux, sobres, travailleurs, habitaient la campagne ; renseignements peu précis à leur sujet. — Un *oncle*, cocher, faisant parfois des *excès de boisson*, est mort par accident à 57 ans. — Une *tante*

maternelle, 51 ans, est méchante, hargneuse, n'a pas d'accidents nerveux; elle a des enfants et des petits-enfants tous bien portants. Une *sœur*, 27 ans, est bien portante, intelligente; elle a une petite fille qui a 29 mois, parait forte et intelligente. Aucun autre antécédent pathologique, ni psychique connu dans le reste de la famille de la mère].

Pas de consanguinité. (Père des Vosges, mère de Paris). — Égalité d'âge. — Ils n'ont eu qu'une *enfant*.

Notre malade. — Rien de particulier lors de la *conception* qui eut lieu dès les premiers jours du mariage. — *Grossesse* absolument sans accident à part une syncope à 6 semaines, sans conséquences. — *Accouchement* spontané et à terme, sans anesthésie, ni ergot. Durée totale du travail : 18 heures. A la *naissance*, l'enfant était bien portante, vive ; la tête était petite, au point que les bonnets que la mère avait préparés dans la layette étaient trop grands. Deux faits anormaux à signaler : 1° la chute du cordon ombilical la nuit même de l'accouchement, ce qui donna lieu à une hernie ombilicale; 2° *imperforation de l'anus* que la sage-femme aurait percé avec la tête d'une épingle (?).

Allaitement maternel au sein. Noi... fut sevrée à 16 mois, car elle prenait mal le sein et pleurait très fréquemment. Jusqu'à 10 mois, la tête de l'enfant se développa mais non dans des proportions inquiétantes. A cette époque, elle se mit à augmenter et à un an, elle était, selon la mère, presqu'aussi grosse qu'aujourd'hui. *Jamais l'enfant n'aurait eu de convulsions. Début de la parole* à 2 ans. Première dent à 5 mois. Dentition complète à 2 ans. L'enfant n'a jamais marché.

Rougeole assez grave à 5 ans, compliquée d'anasarque et de troubles angineux, peut-être y eut-il aussi scarlatine. A 7 ans, varioloïde légère ; Noi... avait été, du reste, vaccinée avec succès à un an. Pour tout accident scrofuleux, quelques légères adénites cervicales non suppurées. Aucun trouble respiratoire, ni digestif, si ce n'est le *gâtisme* ; jamais de vers intestinaux.

L'enfant serait sujette à des *céphalalgies* fréquentes, se répétant plusieurs fois par mois. Elle se plaint alors de douleurs sourdes dans la région occipitale qui lui donnent des *nausées* suivies, mais rarement, de *vomissements*. Ces accidents dureraient environ deux heures et cesseraient à la suite d'applications d'eau sédative. Elle se sert bien de ses mains, mais ses jambes n'ont jamais pu la soutenir. Très émotive, elle a peur de tout et un rien la fait pleurer. La mère n'a remarqué ni kleptomanie, ni pyromanie, ni clastomanie, ni onanisme.

Elle ne sait ni lire, ni écrire, mais elle a une mémoire assez développée. Elle aurait une prédisposition particulière au chant, n'a aucun goût pour les travaux manuels étant du reste fort maladroite. Elle est très affectueuse pour tous ceux qui l'approchent même les animaux. Propre, même coquette dans sa personne, elle est très soigneuse et ne casse jamais ses jouets.

État actuel (22 *juin* 1892). — Enfant petite pour son âge, pâle et maigre, à physionomie assez expressive. Cheveux châtains foncés, longs d'environ 25 centimètres, assez clairs semés. — *Crâne* énorme, de forme quadrilatère, pas d'asymétrie apparente. Bosse occipitale très proéminente, bosses pariétales non saillantes ; bosses frontales très marquées ; pas de traces de fontanelles. — *Front* large (12 cm.), élevé (17 cm.), découvert. — Arcades sourcilières non saillantes. Fentes palpébrales moyennes, léger chémosis. Orbites assez grands, sourcils châtains foncés peu abondants. Cils noirs d'une longueur moyenne. — *Yeux* sans exophtalmie, léger *strabisme* interne, pas de nystagmus. Sensibilité de la cornée normale. Iris châtain foncé, pupilles inégales (la gauche paraît plus dilatée que la droite, mais à un nouvel examen l'inverse paraissait se manifester) ; réactions pupillaires normales à la lumière et à l'accommodation. L'enfant distingue toutes les couleurs ; on doit cependant lui rappeler le nom du violet. Pas de trouble accentué de la vue.

Nez droit, long, à narines regardant en bas et en avant, sans déviation de la cloison. L'enfant respire normalement par le nez et distingue les odeurs. — *Pommettes* peu saillantes, symétriques. — *Lèvres* assez minces. *Bouche* : largeur 4 cent., 5, horizontale. *Voûte palatine* profonde. *Langue*, *voile du palais*, *amygdales* normaux. Le *réflexe pharyngien* existe. Le *goût* est absolument normal. *Dentition* régulière, en voie de rénovation. *Menton* assez petit. — *Oreilles* à pavillon mince, aplati, rapproché du crâne, lobule détaché, petit. *Ouie* normale.

Cou : circonférence 28 centimètres 5. Corps thyroïde peu développé. — *Membres supérieurs*. — Le moignon de l'épaule est un peu plus élevé à droite. Les membres sont faiblement musclés. Les mains et les ongles sont bien conformés : rien de particulier à l'examen des os et des articulations qui fonctionnent assez bien.

Membres inférieurs. — Cuisses assez grosses, la droite est cependant un peu moins volumineuse que la gauche. Les deux cuisses, à *demi-contracturées*, ne peuvent être com-

plètement étendues, la cuisse droite surtout est maintenue par une corde rigide saillante au niveau de l'insertion iliaque du droit antérieur. L'abduction est limitée à droite par la contracture du droit interne. *Pied bot* varus droit.

Thorax volumineux, déformé, à direction oblique en bas et à droite. Saillie accentuée des fausses côtes gauches sur la ligne mamelonnaire. — *Cyphoscoliose* à convexité droite considérable. Déviation du bassin à gauche, plus élevé qu'à droite *(Fig. 61)*.

Poumons. — Sonorité un peu exagérée, râles sons crépitants fins dans toute l'étendue des poumons sauf au sommet du poumon droit. — *Cœur* à rythme fœtal.

Abdomen souple, matité hépatique considérable. Rate non perceptible à la percussion.

Puberté : Mamelles non développées, mamelons peu saillants, auréole de 2 centimètres de diamètre. — Pénil saillant, glabre. Grandes lèvres assez développées, glabres, petites lèvres peu développées. Clitoris recouvert par son capuchon qui a 7 à 8 millimètres. Vestibule profond. Hymen intact, percé d'un orifice ovalaire de 5 et 6 millimètres de diamètre. Fourchette accentuée.

Traitement : Deux bains salés par semaine. Exercices journaliers de gymnastique. Fréquents exercices des jambes.

Examen de l'état psychique (juin 1892). — La physionomie de l'enfant est expressive et intelligente malgré son infirmité. — La *parole* est nette, elle s'exprime très bien, correctement est fort bavarde, répond à tout et comprend tout ce qu'on lui dit. Elle *aime à chanter* et à entendre chanter mais sa voix n'a rien de mélodieux, malgré les affirmations de sa mère. — Très indépendante, elle se croit tout permis, ne cède jamais à ses compagnes, qu'elle veut commander, et auxquelles elle se *croit supérieure*. Assez affectueuse pour les petites filles elle l'est peu pour les plus grandes, et parle généralement d'elles en termes grossiers. Lorsqu'elle cause avec ses camarades, elle a toujours un ton d'autorité et de supériorité accentué, elle pose pour la « petite maman ». Elle respecte la surveillante et l'infirmière qui la soigne, mais en parlant des autres elle dit : « Je m'en moque ». Sa famille paraît jusqu'alors avoir cédé à tous ses caprices, aussi doit-on actuellement la tenir sévèrement. Les *sentiments affectifs* pour sa famille sont poussés très loin par elle ; elle regrette beaucoup sa grand'mère, morte récemment et qu'elle compare « au bon pain ». Elle reconnaît néanmoins qu'elle

est mieux ici que chez elle, et se rend assez bien compte de la nécessité que ses parents ont eu de la placer. — Elle a une *bonne mémoire*, se souvient et tient compte des observations qu'on lui fait. Elle ne sait ni *lire*, ni *écrire* et préfère bavarder en *classe* qu'y travailler. Elle a des notions suffisantes des objets qui l'environnent, connaît les diverses parties de son



Fig. 61.

corps, etc. En *gymnastique*, elle ne peut faire aucun mouvement. — A l'*ouvroir*, elle tient bien son aiguille et parait animée de beaucoup de bonne volonté.

18 *novembre*. — Apparition de la *menstruation* pour la première fois ; l'enfant n'a pas souffert, ne s'est même pas rendu compte de ce qui lui arrivait. Le flux menstruel a

duré un jour et une nuit. Elle est actuellement un peu plus aimable avec ses compagnes, mais toujours vaniteuse et menteuse.

Température rectale des 5 premiers jours :

Juin 1892.	20	21	22	23	24
Matin.	36°,2	36°,3	36°,4	36°,5	36°,4
Soir.	36°,4	36°,2	36°,4	36°	36°,5

Poids et taille.

	Juin 1892.		Janvier 1893.		Juillet 1893	
Poids	20 k. 500		22 k.		22 k. 500	
Taille	1 m. 04		1 m. 04		1 m. 05	
	Juin 1893.		Janvier 1893.		Juillet 1893	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Dynamomètre	6	5	6	5	7	6

Mensurations de la tête :

	Juin 1892.	Janvier 1893	Juillet 1893.
Circonférence horizontale maxima	70	70	70
Demi-circonférence bi-auriculaire	43.5	43.5	43.5
Distance de l'articulation occipito-altoïdienne à la racine du nez	50	50	50
Diamètre antéro-postérieur maximun	23	23	24
— bi-auriculaire	14	14	14.5
— bi-pariétal	18.6	18.6	19
Hauteur du front	7	7	8

Décembre. — Les règles n'ont point paru ce mois. Aucun progrès n'est à constater. Le gâtisme persiste, elle ne demande jamais à aller à la selle, bien qu'elle se rende compte parfaitement de la nécessité de ne pas gâter volontairement.

1893. *Janvier.* — Pas de développement notable des organes génitaux, pas de règles depuis le 18 novembre. *Traitement :* sirop d'iodure de fer ; huile de foie de morue, 2 bains salés par semaine. Exercices de marche.

Juin. — Amélioration légère de sa santé générale. Les vomissements qui se manifestaient assez fréquemment ces temps derniers sont moins fréquents. Les règles n'ont point paru cette année. Caractère plus doux, mais aucune amélioration du gâtisme.

ÉVOLUTION ET MARCHE DE L'HYDROCÉPHALIE. — Après avoir examiné les divers symptômes observés chez les hydrocéphales, il nous paraît possible d'indiquer en quelques lignes l'évolution de la maladie. Dans la plupart des cas, l'épanchement du liquide n'a lieu que quelques mois après la naissance, l'enfant jusque-là bien portant et normal, est pris d'accidents méningitiques, de crises convulsives. Parfois, ces accidents éclatent par séries qui se reproduisent et chaque fois on note un développement exagéré de la tête que l'enfant ne peut plus maintenir droite. Les parents sont étonnés de ne pouvoir plus mettre aux enfants leur bonnet. Les crises convulsives, le plus souvent, disparaissent et, vers l'âge de 4 ou 5 ans, l'épanchement ayant atteint son maximum s'arrête. Les fontanelles s'oblitèrent, les os du crâne s'épaississent et l'hydrocéphale continue de se développer, restant toujours prédisposé aux maladies environnantes à cause du manque d'activité de sa nutrition générale. Le plus souvent il meurt entre 3 et 6 ans de broncho-pneumonie ou de méningite.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Tous les hydrocéphales chroniques ont des antécédents héréditaires nerveux et psychiques. Il est fréquent de constater chez

les ascendants les névroses, les maladies mentales, les intoxications, surtout l'alcoolisme. L'hérédité similaire est rare mais ne saurait être mise en doute; l'observation de Peti... en est un remarquable exemple.

OBS. XXI. — HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE.

SOMMAIRE. — *Père, absinthique, rhumatisant. — Grand-père paternel, alcoolique. — Grand'mère paternelle, alcoolique, débauchée. — Oncle paternel tuberculeux. — Deux tantes paternelles tuberculeuses. — Mère : crises nerveuses, paralysie postdiphtéritique, émotive, dyspeptique. Grand-père maternel asthmatique. — Grand'mère maternelle, cancer utérin. — Aïeul asthmatique (?). — Oncle maternel suicidé. — Tante maternelle aliénée. — Cousin, hydrocéphalie probable. — Demi-frère (de mère) tuberculeux. Sœur paraplégique. — Frère hydrocéphale. — Autre frère tuberculeux. — Autre sœur : hydrocéphalie légère, adénopathie. — Conception probable durant l'ivresse. — Circulaire du cordon.— Allaitement maternel.— Parole : 3 ans.— Propreté : 2 ans.— Marche : 4 ans. — Parésie de la jambe droite. — Début de l'augmentation de la tête : 5 mois. — Fontanelle antérieure oblitérée à 2 ans. — Fracture de la cuisse. Rougeole avec accidents méningitiques à deux ans. — Période de 3 ans entre la chute de la dentition de lait et l'apparition de la dentition permanente. — Cauchemars. — Coqueluche. — Scarlatine. — Ophtalmie. — État actuel. — Puberté. — Notes de classe et d'atelier. — Hydarthrose. — Etat psychique.*

Peti... (Jean-Louis), né à Paris, le 16 mars 1873, entre le 16 mars 1883 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère). — *Père,* 53 ans, homme de peine, eczémateux, atteint de rhumatisme chronique, a toujours joui relativement d'une bonne santé. Il n'a pas eu la syphilis. Alcoolique, absinthique, il a dû se corriger récemment à cause de la pénurie des ressources du ménage. Vers 33 ans (âge où notre malade fut conçu), le père buvait ses quatre absinthes par jour, sans compter les nombreux verres de vin. Emporté, violent, il battait fréquemment

sa femme. Très porté au coït après ses excès de boisson, sa femme est persuadée que notre malade a été conçu durant une période d'excitation absinthique. A part cela, il était bon ouvrier, intelligent et travailleur.

[*Famille du père.* — *Père*, charretier, mort écrasé à 63 ans, était *très alcoolique*, mais était vigoureux et bien portant. — *Mère*, morte à 60 ans, *buvait* aussi beaucoup, elle menait une vie des plus irrégulières, « se livrait à n'importe qui » et avait abandonné son mari et ses quatre enfants. Elle n'a jamais eu d'accidents nerveux. — Un *frère* est mort tuberculeux à 31 ans, étant soldat engagé. — Une *sœur* est morte à 47 ans de tuberculose pulmonaire; une *autre sœur* mourut à 20 ans des suites d'une *tumeur blanche du genou*. — Rien de particulier au point de vue neuropathique et psychique dans le reste de la famille du père.]

Mère, 53 ans, couturière, femme très nerveuse, mariée à 35 ans, elle contracta après son mariage une angine couenneuse durant laquelle elle eut deux *crises de nerfs* et une *paralysie* complète, l'empêchant de remuer et de parler Cette paralysie guérit assez vite, mais elle conserva durant longtemps, à la suite, une grande faiblesse de la vue. Elle est actuellement très émotive, est atteinte de phénomènes dyspeptiques d'origine nerveuse. Elle prétend avoir été dans sa jeunesse très intelligente et jouir d'une bonne mémoire. La physionomie de la mère, qui paraît intelligente du reste, *ressemble un peu* à celle de notre malade. Comme lui, elle est blonde et a le front haut et bombé. (*Fig.* 62 et 65)

[*Famille de la mère.* — *Père*, mort à 67 ans d'un « asthme » (?), était peintre en voitures, il n'a présenté aucun accident saturnin, ni nerveux, était sobre. — *Mère*, morte d'un cancer utérin. — *Grand-père maternel*, mort d'un « asthme » aux Invalides. Aucun renseignement précis sur les autres *grands-parents*. — Un *frère* aîné s'est *suicidé* par asphyxie, à 27 ans, à cause de l'inconduite de sa maîtresse dont il avait eu quatre enfants; un seul de ces enfants est vivant et bien portant, les autres sont morts en bas-âge. — Un *autre frère*, mort d'angine couenneuse à la force de l'âge. — Deux *sœurs* mortes en bas-âge : l'une à 3 mois, l'autre à 2 ans, de rougeole. — Une *autre sœur* est internée depuis 20 ans à la Salpêtrière. La *folie* dont elle est atteinte aurait été provoquée par des chagrins de ménage. Elle aurait eu 10 enfants, le dernier serait né à la Salpêtrière. Aucun détail précis sur cette famille, avec laquelle les parents de notre malade n'ont pas de relations. Toutefois la mère nous affirme qu'un des enfants de cette demi-sœur aliénée serait mort jeune, avec une *tête très grosse*. Cet enfant

aurait néanmoins joui d'une certaine intelligence, il savait lire et écrire. — Aucun autre antécédent pathologique ou psychique dans la famille de la mère.]

Six *enfants* : 1° un *fils*, né d'un amant avec lequel la mère a vécu quelque temps avant son mariage, bien qu'elle prétende n'avoir jamais été débauchée ; ce fils, qui a 31 ans, a été amputé de la jambe, dans son enfance, pour une *tumeur blanche* à l'hôpital Sainte-Eugénie. Il est atteint actuellement d'une affection oculaire que M. Delens, à Lariboisière, met sur le compte de la tuberculose ; — 2° une *fille*, décédée à 18 ans, d'une pneumonie. Cette enfant, intelligente, était *paraplégique* depuis l'âge de 4 ans et demi. Elle n'avait pas la tête grosse ; — 3° un *garçon*, mort à 15 mois, à l'hôpital Saint-Antoine ; il était *hydrocéphale*, la grosseur de la tête avait rendu l'accouchement laborieux ; il serait mort d'une *méningite* ; — 4° un *garçon*, mort à trois mois, du carreau ; pas de convulsions, tête normale ; — 5° *notre malade ;* — Une *fille*, âgée de 11 mois, que nous avons pu examiner à différentes reprises depuis l'époque (1883) où nous avons pris les antécédents jusqu'à l'époque (1893) de la publication de cette observation. La *fig.* 62 représente cette petite fille à l'âge de 11 mois ; sa tête est bien celle d'une hydrocéphale. Les *fig.* 65 et 66 la montrent à l'âge de 4 et de 5 ans. Cette enfant, assez maladive et très myope, a de petits ganglions engorgés à la région cervicale postérieure. Elle se plaint actuellement (1893) de douleurs de l'oreille gauche qui paraissent dûes à sa dentition défectueuse. Elle est faible, souvent enrouée. Elle a eu de fréquents accès de spasme glottique, qui actuellement sont assez rares. La *tête de l'enfant est assez volumineuse et offre un type analogue à celle de sa mère et de son frère* (notre malade). Le front est large et élevé. Il y a asymétrie plagiocéphalique, les bosses frontale droite et pariétale gauche sont plus développées, l'occiput est proéminent. Les arcades sourcilières sont un peu saillantes, ainsi que les pommettes. Il y a un léger exorbitisme, dû probablement à la myopie. La mâchoire inférieure est volumineuse et prognathe. Les incisives dentelées ne peuvent s'unir lorsque la bouche est fermée. Les oreilles sont bien ourlées. Cette enfant a mauvaise mémoire, manque d'attention, elle parle correctement, mais est instable et coléreuse. Assez gaie, elle est désobéissante, et très entêtée. Elle est autoritaire, veut commander à ses autres compagnes, néanmoins elle est très affectueuse, même pour les animaux. Elle a peu d'amour-propre, ne se corrige pas de ses défauts, bien qu'elle se rende parfaitement compte du bien et du mal.

Elle est *onychophage* effrénée. Son intelligence est moyenne. Elle sait lire, écrire, faire les quatre règles, mais travaille sans goût et n'a jamais pu avoir un prix à l'école. Voici les mensurations actuelles de sa tête :

Circonférence horizontale maxima	520
1/2 circonférence bi-auriculaire	340
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	350
Diamètre antéro-postérieur	180
— bi-pariétal	154
— bi-auriculaire	132
Hauteur du front	100

Cette enfant, au dire de la mère, a été certainement *conçue durant l'ivresse.*

Notre malade. — *Conception* probablement durant l'ivresse. — *Grossesse* sans accident notable. — *Accouchement* à terme, spontané, sans accidents, sans intervention : ni anesthésie. Pas d'asphyxie *à la naissance*, bien que le cordon fut autour du cou. — *Allaitement* au sein maternel ; sevré à 18 mois. Début de la parole à 3 ans, n'a bien parlé qu'à 6 ans. Propre à 2 ans ; n'a marché qu'à 4 ans, *la jambe droite paraissait plus faible.* Début de la dentition : aucun renseignement.

C'est à 5 mois que la mère s'aperçut de *l'augmentation du volume de la tête.* Tous les jours, elle était, dit-elle, obligée de lui acheter de nouveaux bonnets. A 9 mois, à l'Hôtel-Dieu, on lui dit que son enfant était *hydrocéphale.* La *fontanelle antérieure* se serait oblitérée à 2 ans. *Il n'a jamais eu de convulsions.* A 3 ans, il se fractura la cuisse droite : soigné aux Enfants-Malades, il y contracta une rougeole fort grave compliquée d'*accidents méningitiques.* La fracture de la cuisse aurait été incomplète et le diagnostic aurait été fort discuté. A 4 ans, nouvelle fracture de la cuisse, soignée à l'hôpital Trousseau. Après la chute de sa première dentition, l'*enfant serait resté trois ans sans dents.* Mis à l'école à 5 ans 1/2, il n'y apprenait rien. Depuis sa sortie de l'hôpital Trousseau, il était taquin, tourmentait, battait même sa sœur infirme. Il était gourmand et vorace. Souvent coléreux, il se congestionnait parfois à en devenir bleu. Le sommeil est généralement bon, quelquefois cependant l'enfant a des *cauchemars.* Il se plaint assez fréquemment de douleurs frontales, mais n'a jamais eu de migraines, ni de vomissements. Il digère bien, n'a pas de troubles respiratoires. Outre les affections déjà notées, il a eu la coqueluche à 5 ans 1/2 et la scarlatine à 8 ans. Ces maladies ont été

légères. Récemment, durant 5 mois, il a été atteint d'ophtalmie à gauche (?) soignée par M. Gillet de Grandmont. —



Fig. 62. — Pe... à l'âge de 10 ans ; sa mère et sa dernière sœur, âgée de 11 mois.

L'enfant n'a pas eu d'accidents scrofuleux. Il ne grince pas des dents, n'a pas de tics, ni de manies.

1883. *Juin.* — Les notes de classe de l'enfant constatent qu'il travaille, qu'il a un caractère assez doux, ne manque pas de bonne volonté. Sa mémoire est faible, mais son juge-



Fig. 63. — Pe... vu de profil, à 10 ans.

ment est assez développé ; il sait lire, écrire et compter.

1884. *Juin.* — Quelques progrès, la mémoire parait s'être un peu développée, mais l'instituteur, constate que P... devient

indocile et s'obstine quelquefois mais pendant peu de temps. Il travaille avec goût à l'atelier de tailleur et commence à faire les coutures.

1885. 31 *janvier.* — *Puberté.* — Visage glabre ; pénil, bour-



Fig. 64.— Pe... vu de face à l'âge de 16 ans.

ses glabres. Testicules de la dimension d'une olive moyenne. Verge : circonférence : 45 millimètres ; longueur : 35 millimètres. Prépuce long, gland découvrable, méat normal.

Juin. — Les notes de classe et d'atelier sont peu satisfaisantes ; l'enfant est dédaigneux, son caractère devient mauvais. Il est très susceptible, emporté, paresseux, surtout à l'atelier,

où il raconte que, puisqu'il est nourri, il n'a pas besoin de travailler.

17 *février*. — Légère angine érythémateuse, guérie le 24 février.

1886. *Janvier*. — Bien que toujours signalé comme une « mauvaise tête », Peti.. a fait quelques progrès surtout à l'atelier où il fait maintenant le gilet.



Fig. 65. — La mère de Pe... et sa sœur à l'âge de 4 ans.

26 *mars*. — *État actuel*. — *Tête* énorme. *Crâne* de forme carrée ; bosses frontales très volumineuses. Aplatissement au niveau des pariétaux. Occiput saillant. Pas de trace au palper

des fontanelles ni des sutures. — *Face* peu développée ; front haut ; arcades sourcilières plates ; sourcils peu arqués, presque droits ; paupières normales ; cils assez longs, réguliers. *Yeux* à iris bleu clair ne présentant pas de traces de lésions, ni d'anomalies. — *Nez* court, droit, petit ; narines assez mobiles. Quelques taches de rougeur à sa base. Pas de parésie



Fig. 66. — La sœur de Pe... à l'âge de 5 ans.

faciale. — *Lèvre* supérieure débordant l'inférieure. *Bouche* assez grande. *Langue* normale.

Dents très défectueuses, bord libre des incisives creusé en cupule. Articulation défectueuse, les mâchoires ne se touchent qu'au niveau des premières molaires. Prognathisme supérieur très accentué. Menton assez petit et pointu.

Cou court, assez grêle, pas de goître. *Thorax* assez bien conformé ; cependant l'omoplate droite est plus élevée et plus saillante que la gauche. — *Cœur* et circulation, rien de particulier. — *Respiration* : rien d'anormal à la percussion, ni à l'auscultation. — *Abdomen*, normal. — *Membres supérieurs* assez musclés. Poignets, mains, ongles, rien de particulier. *Membres inférieurs* bien développés et normaux.

Sensibilités générale et *spéciales, motilité* : rien de particulier à signaler.

Puberté. — Cheveux châtains. — Reste du corps glabre. Testicules de la dimension d'une grosse noisette, le gauche est un plus gros. Verge : circonférence, 48 millimètres ; longueur, 35 millimètres.

Novembre. — Les notes de classe et d'atelier constatent que Peti... fait des progrès, mais est capricieux, emporté, grossier, paresseux, bien qu'il apprenne avec facilité.

1887. Du 1er *février* au 20 *mars.* — Séjour à l'infirmerie pour une amygdalite et une angine érythémateuse.

Juillet. — Les notes d'École signalent qu'il devient de plus en plus capricieux, entêté et méchant, néanmoins il fait des progrès surtout à l'atelier où il fait bien le gilet et commence à travailler à la machine.

1888. — Dans le courant du mois de novembre, on a trouvé cachés dans des chiffons 20 fr. qu'il s'était procurés, dit-il, en vendant du tabac en détail. Toujours capricieux et méchant. On dut le mettre durant quelques semaines à la Sûreté de Bicêtre.

1889. — Peti..., plus raisonnable durant les premiers mois de l'année, après sa sortie de la Sûreté, ne tarde pas à reprendre ses premières habitudes. Son instituteur note, en juillet, qu'il est : « très capricieux, et emporté, grossier dans ses paroles, taquin et joueur. » L'onanisme n'a jamais été signalé. Le 15 juillet, il s'enivre en promenade au point de faire une chute dans laquelle il se blesse au front ; d'où nécessité de lui faire plusieurs points de suture et de le faire séjourner une semaine à l'infirmerie.

Puberté. (Juillet). Visage, aisselles, glabres, poils assez abondants au pénil, mais ne gagnant pas les aînes. Verge : long. et circonf. 70 mm. Testicules égaux de la grosseur d'un œuf de pigeon. Phimosis, gland découvrable. Région anale normale, garnie de poils assez rares.

1890. — Le 3 *juin*, en promenade, Peti... s'est évadé avec qua-

tre de ses camarades, il fut retrouvé couché le long d'un mur ivre mort, après avoir, dit-on, exhibé sa verge devant une femme. Mis en cellule, il envoie, le 11 juin, une lettre au médecin lui demandant de le pardonner. Dans cette lettre, le repentir paraît nettement tenir à ce qu'il « s'ennuie de trop dans cette cellule toute une journée sans rien faire et ça lui semble dur ». Il avoue avoir bu un café, deux verres d'eau de vie de marc, deux verres de rhum et une absinthe.

Les notes de l'instituteur sont toujours les mêmes : « emporté, sournois et méchant dans ses colères. »

1891. — *Puberté.* (*Juillet*). Très fin duvet sur la lèvre supérieure. Poils courts et très peu abondants aux aisselles. Tronc glabre. Fin duvet à la partie antérieure des cuisses et au-dessous du pli fessier. Poils châtains abondants au pénil, envahissant les aines. Verge : long : 75 mm.; circonf. : 76 mm. Testicules égaux, du volume d'un petit œuf de poule. Région anale garnie de poils abondants. — Les notes de l'instituteur sont les suivantes : « De plus en plus entêté et paresseux. Est toujours dans la cour avec le malade Rou... qu'il caresse et qu'il embrasse ; beaucoup de présomptions pour croire qu'il a avec ce malade des rapports *à posteriori !!* Il est toujours avec des enfants vicieux, plus jeunes que lui. — Fumeur. Ses vêtements sont toujours propres et bien tenus. A l'atelier, on est content de lui, mais il est constaté qu'il travaille moins depuis quelque temps et est souvent « pensif ».

Septembre. — Il fait un court séjour à l'infirmerie, ayant mal aux yeux ; on constate une *kératite interstitielle* et de la *conjonctivite* qui cèdent aux lavages boriqués, au collyre au nitrate d'argent et à un pansement occlusif.

1892. — Durant toute l'année, Peti... se plaint de ses yeux et prétend ne pas voir suffisamment pour travailler à l'atelier. Il a, en effet, les conjonctives injectées et est traité au moyen d'instillations de collyre au sulfate de zinc. On lui donne en outre des bains salés et de l'huile de foie de morue.

5 *avril.* — Il entre à l'infirmerie, atteint, à la suite d'une chute sur le genou gauche, d'*hydarthrose* avec légère augmentation de la température locale, sans augmentation de la température générale. Vésicatoire, compression.

16 *avril.* — L'hydarthrose a disparu. Peti... sort de l'infirmerie.

27 *juillet.* — Récidive de l'hydarthrose. Compression. Il sort de l'infirmerie au début d'*octobre*.

Puberté. (Novembre.) Quelques poils très disséminés à la

lèvre supérieure, poitrine glabre, aisselles garnies de poils assez fournis, bien implantés, pubis garni de poils abondants, longs et frisés se prolongeant dans les aines et remontant sur la ligne médiane. Verge : long. 90 mm. ; circonf. 93 mm. Testicules égaux de la grosseur d'un petit œuf de poule. Région anale normale, garnie de poils abondants. Poils assez nombreux sur les fesses et à la partie supérieure des cuisses.

A l'école et à l'atelier les maîtres ne donnent aucune note à cause des séjours prolongés à l'infirmerie. De plus Peti... prétend ne pas voir suffisamment pour travailler.

1893. — En *janvier,* Peti... revient à l'infirmerie pour une récidive de son *hydarthrose* ; on lui fait des pointes de feu et de la compression ouatée, mais son indocilité l'empêche de retirer un avantage réel du traitement, de sorte qu'après plusieurs sorties et retours à l'infirmerie, nous retrouvons Peti... en juillet 1893, toujours porteur de son hydarthrose.

17 *juillet.* — *Examen du malade.* Rien de particulier à noter dans le développement de la puberté depuis novembre 1892. L'examen physique permet de constater : 1° l'état déplorable de la dentition, les incisives sont décharnées, érodées, comme vermoulues ; 2° l'hydarthrose du genou gauche ; 3° une légère exophthalmie, avec injection des conjonctives ; 4° un *léger strabisme* convergent de l'œil droit. Peti.., n'a ni vertiges, ni tournements de tête, il peut lire mais est fatigué au bout de très peu de temps. Il ne se plaint ni de douleurs de tête, ni de migraines, ni de nausées, n'a jamais eu de vomissements. Sa sensibilité, ses sens, ses réflexes sont normaux.

État psychique. — Assez intelligent, instruit suffisamment, écrivant, lisant, parlant, comptant correctement, Peti.., qui jadis travaillait bien à l'atelier, paraît abuser de ses troubles oculaires pour ne plus travailler. Il paraît très aigri et s'est fabriqué un système de raisonnement qu'il sert à toutes les objections : « Je suis infirme, je ne peux travailler, je resterai toute ma vie à Bicêtre, et je veux m'y laisser vivre sans rien faire. » Il traite sa mère et sa sœur avec une indifférence presque hostile, le tableau de leur misère le touche très médiocrement. Assez attentif aux paroles qu'on lui adresse, il répond d'une façon arrogante et comme sous l'empire d'une colère sourde, mal dissimulée. Sa mère étant sortie, nous lui reprochons son manque d'égards et la froideur presque hostile qu'il témoigne à sa famille. Il répond par des « hum ! »

d'indifférence, puis après quelques minutes, il me dit : « Il y a longtemps que je suis ici, je voudrais bien m'en aller, j'en ai assez. »

En un mot, on peut synthétiser ainsi l'état psychique de Pet.. : intelligence suffisante, mémoire médiocre, attention normale lui ayant permis d'apprendre assez bien le métier de tailleur et de s'instruire suffisamment; jugement faux, le conduisant par le raisonnement à la paresse ; volonté faible expliquant ses emportements passagers et sa docilité ordinaire ; sentiments affectifs médiocres.

Mensurations de la tête.

	1886 Mars.	1888 Juil.	1891 Juil.	1892 Janv.	1893 Juil.
Circonférence horizontale maxima......	36	60.5	59.8	60.8	60.2
Demi-circonférence bi-auriculaire	37	40.5	43	42	42
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	35	41	41	41	41
Diamètre antéro-postérieur maxim......	19.3	18.7	18.5	19.4	20.2
— bi-auriculaire..................	18	17.5	17.5	17.6	17.8
— bi-pariétal.....................		13.5	14.4	13.6	14.6
Hauteur médiane du front..............			6.8	7	7

Les légères différences observées à peu d'intervalles tiennent à l'abondance plus ou moins grande de la chevelure du malade.

	1883		1884		1885		1886		1887	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids..	«	27.600	30.700	30.700	31.900	»	34.00	34.40	34.600	37.700
Taille..	«	1.22	1.25	1.27	1.28	»	1.330	1.340	1.390	1.410
	1888		1889		1890		1891		1892	
Poids ..	40.200	41.500	44.300	45.800	46.900	48.800	51.	52.400	54.	56.100
Taille..	1.450	1.49	1.490	1.500	1.520	1.56	1.580	1.590	1.59	1.59

L'observation de Peti... est remarquable à deux points de vue : l'*hérédité de l'hydrocéphalie* et l'*état mental* tout particulier du malade.

L'hérédité de l'hydrocéphalie est manifeste et les intéressantes reproductions des photographies de sa mère et de sa sœur sont les meilleurs et les plus indiscutables arguments que l'ont peut fournir à cet égard. Dans une première photographie, nous voyons Peti... à l'âge de 10 ans, sa mère et sa sœur, âgée de 11 mois, présentant le même aspect : tous trois ont le front très large et le crâne très développé. La figure suivante représente la mère et la même sœur, âgée de 4 ans et chez laquelle, le développement du front et du crâne est encore accentué. Enfin la dernière figure de l'observation nous montre à 5 ans la même enfant, sœur de Pet..., dont l'aspect général rappelle assez celui de notre malade. Nous n'insisterons pas plus longuement, persuadés qu'à ce sujet toute considération serait superflue.

Nous devons encore attirer l'attention sur l'*état mental* de Peti... Ce jeune homme est aigri, de méchante humeur, mal disposé à l'égard de sa famille. Il semble que la vanité et la fatuité, ordinaires chez les hydrocéphales, s'est transformée chez lui en orgueil et le pousse au dédain et au mépris de ceux qui l'entourent. La photographie qui le représente à l'âge de 16 ans exprime assez bien par le jeu de la physionomie l'état psychique du malade. Reprenons maintenant notre exposé.

Parmi les *causes déterminantes,* les maladies de la grossesse tiennent certainement une grande place. Dans une de nos observations, l'hydrocéphalie parait nettement déterminée par la variole de la mère au 5e ou 6e mois de la grossesse. Si certains naissent hydrocéphales, la plupart ne le deviennent qu'après les premiers mois et la cause pathogène de l'hydrocéphalie paraît être une inflammation chronique, à poussées répétées, des méninges intra-ventriculaires ou la compression des vaisseaux de la base de l'encéphale par

le développement d'une tumeur. Lorsque la première cause pathogène détermine l'épanchement, le cerveau est très lentement comprimé et petit à petit la dilatation ventriculaire gagne au point de faire disparaître ou de réduire à une mince paroi la substance cérébrale. Cette compression doit s'opérer très lentement au début, car elle ne détermine pas de dégénérescence des faisceaux de la moelle. La dilatation s'étend rarement au 4me ventricule et nous n'avons jamais observé de dilatation de l'épendyme et d'hydrorachis. Si, au moment où la dilatation se produit, l'éducation ou l'habitude a donné quelques facultés à l'enfant, il les conserve à l'état de réflexe après l'amincissement complet du manteau cérébral. Ainsi Ess..., dont le cerveau était réduit à une véritable vésicule, tournait la tête du côté de la personne qui l'appelait par son nom. Si l'épanchement n'en arrive pas au point de détruire le cerveau, si le malade se développe, il se produit vraisemblablement un phénomène d'hypernutrition des os du crâne par le fait d'une sorte de congestion passive déterminée par le liquide. L'examen des crânes des hydrocéphales, ayant atteint 12 ou 13 ans, est un solide argument à l'appui de cette hypothèse. Tandis que les crânes des enfants de 3, 4, 5 ans sont minces, transparents, avec des fontanelles persistantes, ceux des hydrocéphales ayant dépassé 12 ou 13 ans sont épais, compacts, sans traces de fontanelles et présentent parfois la synostose de certaines sutures.

Lorsque la cause de l'épanchenment est une tumeur, le liquide se produit plus rapidement que dans le premier cas et réagit sur le crâne d'une façon un peu différente. Il amène une disjonction des sutures, un écartement remarquable dans les observations de Marie Baiss... et de Berl... Néanmoins chez Marie Baiss.., la compression intra-crânienne n'a pas été assez brusque pour occasionner des lésions dégé-

nératives des centres nerveux. La moelle, examinée par M. le Dr Pilliet, chef de laboratoire de la Charité, ne présentait chez cette enfant, atteinte d'une paraplégie spasmodique des plus accentuées, aucune dégénérescence des cordons tant antérieurs que postérieurs. Le faisceau pyramidal était parfaitement sain des deux côtés.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC. — Le *diagnostic* de l'hydrocéphalie chronique s'imposera le plus souvent. On pourrait la confondre avec l'*hyperostose des os du crâne* ou l'*hypertrophie du cerveau.* Dans ces cas les petites poussées méningitiques du début de la maladie pourraient servir au diagnostic différentiel. Nous rappellerons de plus que, chez les hydrocéphales âgés, l'hyperostose crânienne se produit ordinairement. L'hydrocéphalie symptomatique de tumeurs encéphaliques donne lieu souvent à des céphalées, des vomissements bilieux qui ne sont pas ordinaires dans l'hydrocéphalie simple.

Le *pronostic* varie selon le degré de la maladie. Lorsque l'épanchement est considérable l'enfant succombe d'habitude, avant d'entrer dans la seconde enfance. Si l'épanchement, moins considérable, a déterminé néanmoins de la paraplégie, il est rare qu'une maladie intercurrente n'intervienne pas et n'empêche l'enfant d'atteindre l'âge adulte. Si l'épanchement est modéré ou n'a pas tendance à s'accroître, l'hydrocéphale peut normalement se développer et atteindre un degré moyen d'intelligence. Nous ne saurions aller jusqu'à prétendre avec Gratiolet qu'un certain degré d'hydrocéphalie favorise le développement du cerveau en dilatant le crâne et peut être cause d'une supériorité intellectuelle. L'exemple de Cuvier est une exception trop rare et nous restons convaincu que le crâne est au cerveau un vêtement élastique qui sait de lui-même s'élargir quand le dernier augmente de volume.

TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALIE. — Le traitement de l'hydrocéphalie chronique peut être chirurgical ou médical. Le *traitement chirurgical* n'a donné jusqu'alors aucun succès. A notre avis, il est illogique et l'expérience démontre que, malgré toutes les précautions antiseptiques possibles, il s'accompagne presque toujours de mort, et les rares cas de guérison, tels que celui de Quincke *(Congrès allemand de médecine interne*, 1891*)* ne sont guère plus probants. Dans ce cas l'hydrocéphalie était aiguë, l'épanchement sous-arachnoïdien ; trois ponctions furent faites au niveau de la région lombaire et on retira de 2 à 10 c.c. de liquide. Hayes Agnew *(University medical Magazine*, oct. 1891) fait le relevé de 5 cas d'hydrocépalie traitée par trépanation et drainage, il y eut cinq décès et l'auteur conclut que la trépanation pour l'hydrocéphalie est une opération inutile. » Phocas *(Revue des maladies de l'enfance*, février 1892) dans deux cas de craniectomie, suivie de ponctions et drainage, eut un décès et un succès, qui au bout de 4 mois laissait l'enfant opérée presque aveugle. Un opéré d'Audry *(Progrès médical,* 1882, 17 fév.) meurt quelques heures après l'opération. Contentons-nous de citer ces tristes résultats que nous pourrions multiplier à loisir. L'examen de nos observations nous permet de montrer jusqu'à quel point l'intervention chirurgicale est inutile. Chez les hydrocéphales qui, comme Ess.... Lob..., Vign..., All..., ont le cerveau réduit à un kyste à mince paroi, il est évident que toute intervention est nulle. Lorsque l'hydrocéphalie est symptomatique d'une tumeur, plus ou moins étendue (Marie Baiss..., Berl..., etc.), l'intervention n'a aucune chance d'être plus efficace. Elle ne pourra réussir que dans les cas moyens qui s'accommodent très bien du traitement médical. L'opération de la craniectomie, avec drainage consécutif, expose de plus le cerveau à une décompression brusque, qui, suivie d'une conges-

tion violente, peut aboutir à une mort rapide. Enfin la ponction, en supprimant le liquide épanché, n'empêche en rien la cause pathogène de le reproduire, et l'opération, jugée à ce simple point de vue, nous paraît tout au moins inutile.

Le *traitement médical* qui lui aussi ne réussira, d'ordinaire, que chez les hydrocéphales à épanchement non exagéré, consiste dans les moyens ci-après : 1° *compression* (Barnard, Trousseau) ; 2° *révulsifs* (Gelis) et 3° administration du *calomel* à l'intérieur (Gelis). Nous avons eu l'occasion de l'appliquer avec succès chez quelques-uns de nos malades et voici comment nous le formulons :

La tête de l'enfant, ayant été préalablement rasée, on applique une capeline serrée construite avec des bandelettes de Vigo, on maintient autant que possible la capeline durant une semaine ; après un repos d'une semaine, on la renouvelle, et si un incident quelconque empêche son usage continu, on substitue au Vigo des frictions quotidiennes à l'onguent mercuriel. En même temps on administre deux fois par semaine un paquet de 0 gr. 10 de calomel. Tous les mois, pendant un an ou plus, il faut appliquer un vésicatoire qu'on laisse 15 à 20 heures. Et, quand il commence à sécher, on applique la *capeline d'emplâtre de Vigo*. Le traitement médical est complété par le *traitement physique*, exercices, massage des membres, etc., et par des bains salés, des douches, des médicaments reconstituants, etc. L'intéressante observation de Valentine Esco..., à qui ce traitement a été appliqué de bonne heure, plaidra mieux que nous en faveur de son efficacité.

OBS. XXII. — HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE.

SOMMAIRE. — *Aucun antécédent héréditaire. Sœur à tête volumineuse. Autre sœur morte de méningite. Émotion*

au 2e mois de la grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois. Asphyxie à la naissance. A 3 semaines, augmentation de la tête. — État actuel. — Examen de la tête; distension des fontanelles. — Traitement. Diminution progressive des fontanelles. Développement normal de l'intelligence. Tableau des mensurations de la tête.

Esc... (Valentine), née le 11 mars 1890, est conduite à Bicêtre à la consultation de M. BOURNEVILLE.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère de l'enfant.) — *Père*, âgé de 43 ans, contre-maître, est sobre, intelligent, bien portant. Aucune tare n'a été constatée dans sa famille. — *Mère*, 37 ans, en bonne santé; elle n'est pas nerveuse et prétend que dans sa famille aucune affection ou tare héréditaire n'a été signalée. — Pas de consanguinité. Différence d'âge de 6 ans.

Quatre *enfants :* 1° Jeune fille de 15 ans, bien portante, d'intelligence normale, n'a jamais eu d'accidents nerveux. Elle a le front bombé, la tête un peu grosse, les parents auraient remarqué que la fontanelle antérieure ne se serait fermée qu'à 16 mois (*Fig.* 69, 70) ; — 2° fille, morte à 29 mois, d'*accidents méningitiques*, après une rougeole. Cette enfant, qui paraissait intelligente, n'avait eu ni convulsions, ni paralysie. Elle avait la tête grosse, le front surtout était fort développé ; — 3° fille de 7 ans, intelligente, n'ayant jamais eu d'accidents convulsifs.

4° *Notre malade.* — Rien de particulier à la *conception.* — La *grossesse* se passa sans accidents autres qu'une forte émotion à 2 mois, causée par une chute que fit sa fille aînée et qui fut du reste sans conséquences. — L'*accouchement* eut lieu à 8 mois, fut long; on ne fit ni manœuvres, ni application de forceps, il n'y eut pas d'anesthésie. La mère tomba en syncope durant l'acccouhement. L'enfant était *asphyxiée* en naissant, sa tête n'était pas trop volumineuse ; elle fut nourrie au sein par sa mère.

A trois semaines, on remarqua une saillie anormale des yeux qui restaient à demi-voilés par la paupière inférieure ; en même temps la *tête se mit à grossir progressivement* au point de ne pouvoir se maintenir droite. Val... n'eut alors ni fièvre, ni convulsions, ni syncopes. Ses yeux, petit à petit, revinrent dans une position normale.

État actuel de la tête de l'enfant. — Le *crâne* est volumineux, le front très bombé et très large. Les *fontanelles* persistent et sont saillantes ; la fontanelle antérieure a 10

centimètres de longueur sur 10 centimètres de largeur. Les globes oculaires sont dirigés en bas et en partie cachés par les paupières inférieures. Les pupilles moyennement dilatées sont normales. L'examen de la papille ne donne pas grand résultat, les vaisseaux sont légèrement variqueux, les contours sont nets. L'enfant est impressionnée par la lumière. On ne



Fig. 67. — Esco... avec sa mère, vue de face, à l'âge de 7 mois.

note ni particularité, ni anomalie, à l'examen du corps et des organes.

1890. 6 *novembre*. — L'enfant est dans un état station-

naire, Frictions sur la tête avec de l'onguent mercuriel.

27 *novembre.*— État stationnaire ; santé générale excellente.

18 *décembre.* — La santé générale est toujours parfaite. L'enfant donne des preuves d'intelligence, le bruit attire son attention, elle saisit bien les objets, tient en temps ordinaire



Fig. 68. — Esco... (avec sa mère), vue de profil, à l'âge de 7 mois.

la tête droite et prononce distinctement « papa. » La *fontanelle antérieure* a 95 millimètres d'avant en arrière et 120 millimètres transversalement.

1891. 22 *janvier.* — L'enfant est gaie, donne toujours des marques d'intelligence. *Poids :* 8 kil. 400.

19 *février*. — Tendance passagère à incliner la tête à droite. Éruption de 3 incisives supérieures et d'une inférieure. La *fontanelle antérieure* a 9 cm., 5 d'avant en arrière et 11 centimètres transversalement. L'enfant a toujours une bonne santé n'a aucune infirmité et son intelligence se développe.



Fig. 69. — Esco... (avec sa sœur, Henriette), à l'âge d'un an.

19 *mars*. — *Poids* : 9 kilogr. — Elle a 6 dents ; elle sourit à sa sœur et se tient sur les jambes lorsqu'on la soutient.

23 *avril*. — La *fontanelle antérieure* a 6 centimètres de

longueur sur 9 cm., 5 de largeur. La *fontanelle postérieure* est oblitérée. Valentine a 2 incisives inférieures et 4 supérieures, les deux incisives latérales inférieures commencent à pointer. Solution Coirre au chlorhydro-phosphate de chaux, une cuillerée à café par jour. Deux fois par semaine, calomel.

25 *mai*. — Valentine est toujours bien portante, elle est



Fig. 70. — Esco... avec sa sœur, vue de profil à l'âge de un an.

caressante, ses actes ont un certain degré de spontanéité. Elle commence à marcher, l'éruption des dents s'est opérée sans troubles. Elle possède actuellement 8 incisives et une grosse molaire gauche. La *fontanelle antérieure* a actuellement 72 millimètres de longueur sur 110 de largeur.

29 *juin*. — L'enfant a vomi à la suite de l'administration d'un paquet de calomel. L'intelligence et les facultés continuent à se développer. V... envoie des baisers, sourit, saisit tout, marche assez bien, dit distinctement papa et maman. — *Poids* : 9 k., 400. La *fontanelle antérieure* a 7 centimètres de



Fig .71. — Esco... vue de profil à l'âge de 14 mois.

ongueur sur 9 cm., 5 de largeur. L'enfant transpire beaucoup de la tête, les veines du cuir chevelu sont assez développées. Application d'emplâtre de Vigo sur la tête au moyen de bandelettes formant capeline.

24 *juillet.* — La capeline de Vigo a été renouvelée deux fois. Le calomel administré a produit de la diarrhée et a dû être suspendu ainsi que la solution de chlorhydro-phosphate de Coirre. Valentine continue à prendre deux bains salés par semaine. La tête, toujours couverte de transpiration, paraît



Fig. 72. — Esco... (avec sa sœur, Marie), à l'âge de 25 mois.

avoir légèrement diminué.

9 *octobre.* — La mère note de légers progrès chez l'enfant qui demande maintenant à boire.

16 *novembre.* — La *fontanelle antérieure* mesure 7 centimètres de long sur 10 centimètres de large. V... a actuelle-

ment 16 dents. Son *intelligence* se développe ; V... tire la langue quand on le lui demande, envoie des baisers, dit les mots : « papa, maman, donne, non, etc. » Elle se tient presque

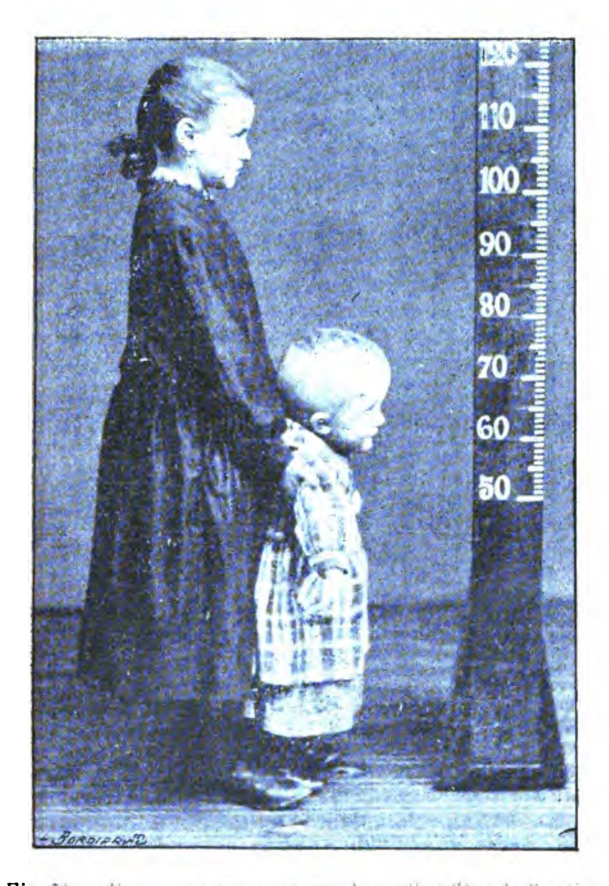


Fig. 73. — Esco... avec sa sœur, vue de profil, à l'âge de 25 mois.

seule ; demande pour aller à la selle ; paraît affectueuse pour tous ses parents.

30 *décembre.* — La *fontanelle antérieure* a notablement diminué. Sa longueur est de 38 millimètres, sa largeur de

57 millimètres. La mère a remarqué que la calotte de Vigo irritait légèrement la région occipitale.

Traitement : Un bain salé tous les trois jours durant 8 à 10 minutes. Deux fois par semaine 0 gr. 10 de calomel. Trois



Fig. 74. — Esco... à l'âge de 33 mois.

cuillérées à café de solution Coirre. Applications renouvelées de Vigo.

1892. 25 *février*. — L'enfant a 18 dents, pèse 11 kilogr., 500

a 70 centimètres de *taille*. La *fontanelle antérieure* a 3 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur. L'*intelligence* se développe toujours progressivement. — Continuer le *traitement*.



Fig. 75. — Esco... (avec son père), à l'âge de 3 ans 1 mois.

8 *avril*. — *Fontanelle antérieure*: longueur antéro-postérieure : 3 centimètres ; largeur transversale : 5 cm., 5.

21 *mai*. — L'enfant dit un assez grand nombre de mots : papa, maman, bonjour, porter, par terre, pain, eau, nana,

coco, Henriette (nom de sa sœur), t'es lourde, poupée, joujou, toutou, mouton, baba (pour bas.) Elle marche tenue par une seule main. Des battements sont très sensibles au niveau de la *fontanelle antérieure* qui a 2 cm., 5 de longueur sur 4 cm., 6



Fig. 76. — Esco... à l'âge de 3 ans 3 mois.

de largeur. L'oreille droite aurait à deux reprises laissé s'écouler un liquide un peu épais et louche.

22 *juin.* — L'*otorrhée* ne s'est pas reproduite. L'enfant, éveillée, attentive, gaie, a un regard plus expressif et plus

	1890		1891										1892					1893			
	Septem.	Décem.	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Octobre.	Novem.	Décem.	Février.	Avril.	Mai.	Juin.	Octobre.	Janvier.	Mars.	Juillet.	Décem.
Circonf. horiz. max....	49.5	51.5	52	54	55	54.5	55	55.5	54.5	55	56	56	56	57.2	57.2	57	57	57	57.5	57.2	58
1/2 circonf. bi-auricul..	35	37	37	37.5	36.5	37	37	37.5	36.5	37	37.5	38	38	38.5	38.5	39	38.5	39	39	39	40
Dist. de l'articul. occip.-atloïd. à la racine du nez...............	33	37	38	38	38.5	39	39	39	38	38	37.5	38	38	39	40	40	40.5	40.5	40.5	40.5	41
Diam. ant.-post. max..	16.5	16.7	17.2	17.5	18	17.4	18	18	18	18	19	18	18.5	18.5	18.7	18.9	18.9	19.5	19.7	19.5	19.2
— bi-auriculaire...	10.5	11	11	10.5	10.5	10.9	10.9	10.9	11.5	11	11	11	12.5	11.5	12	11.5	11.6	11.2	11.5	11.2	11 5
— bi-pariétal......	14.3	14.8	15.2	15.5	15.5	15	15.5	15.5	16	15.8	16.4	16	16.2	16	16	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.6
— bi-frontal......		9.5	9.8	10	11	11	11	11.5	11.5	12	12.2	13	13	13.5	14	14.2	14.2	14.2	14.2	14	14
Hauteur du front......				7	7	6	6	6	6	6	6	5.5	7	7	6	6	6	5.5	5.5	5.5	6

naturel. Elle tient la tête droite, semble être heureuse d'avoir une belle robe, se tient et marche presque seule. Son vocabulaire est le même. Pas de côté plus faible que l'autre. Première dentition complète.

28 *octobre*. — L'enfant marche maintenant absolument seule. — *Poids* : 12 k., 500. — *Taille* : 855 millimètres.

3 *décembre*. — L'enfant a fait de grands progrès au point de vue du langage. Elle demande et désigne tous les objets courants, elle fait de petites phrases. M. le Dr Cruet examine sa dentition et constate qu'elle est complète, mais que les dents, de mauvaise nature, ne tarderont pas à se carier.

1893. 10 *février*. — Les dimensions de la *fontanelle antérieure* sont réduits à 2 cm., 5 de longueur sur 3 cm., 5 de largeur. En arrière, une légère rainure de 4 centimètres sur un centimètre semble être un vestige de la fontanelle postérieure. V... a encore fait des progrès, reconnait sa photographie, les différentes parties de son corps, est très caressante.

Traitement : Sirop d'iodure de fer, sirop antiscorbutique, 0 gr., 10 de calomel, une fois par semaine, solution Coirre, bains salés. Capeline de Vigo.

30 *mars*. — L'enfant comprend tout ce qu'on lui dit, sans explication par geste. Elle embrasse et caresse les autres enfants et dit qu'ils sont gentils. Elle est très gaie, toutefois, il est difficile de fixer son attention. Sa mère l'attribue à la timidité qu'elle a en notre présence. Elle pleure rarement; très coquette, elle aime les beaux habits, les rubans, craint de se salir, se préoccupe des bijoux, en désire pour elle. Elle est fière des mèches de cheveux qu'on a laissé pousser. Elle place des verbes dans ses phrases, parle bien. Elle chante fréquemment chez elle et retient assez bien les airs. Sa mémoire visuelle est aussi bien développée ; elle se souvient même des personnes qu'elle a rarement vues.

10 *juillet*. — L'enfant va actuellement très bien. Elle *marche* seule et longtemps sans fatigue, court sans tomber ; *mange* seule, proprement, avec cuillère et fourchette. La *sensibilité* est normale et délicate sur tout le corps. La *vue* est bien développée, les mouvements synergiques des yeux s'exécutent bien, les pupilles sont normalement contractiles ; très légère *exophtalmie*. L'*ouïe* est fine, l'*odorat* et le *goût* sont normaux, mais l'enfant n'aime pas les choses trop sapides. Elle est très propre de son naturel. La *physionomie* gaie, souriante, légèrement malicieuse, est un peu naïve mais n'a rien d'hébété. V... est intelligente. Les sentiments d'affection,

de commisération, de propriété sont très développés chez elle. Elle refuse ainsi de nous donner son chapeau, mais veut bien le donner pour consoler un enfant qui pleure. On fixe facilement son attention. Sa mémoire, tant visuelle qu'auditive, est bien développée, elle reconnaît ses photographies. Elle est coquette, aime à entendre dire qu'elle est jolie, à vanter sa toilette, adore les rubans et les fleurs. Elle ne sait pas compter, ni bien distinguer les couleurs, mais nous pouvons affirmer que cela est dû à un vice d'instruction. Ni boudeuse, ni capricieuse, elle se rend compte du bien et du mal et pleure lorqu'on lui fait des reproches. Le sentiment de pudeur est développé chez elle, elle ne veut pas être montrée nue.

La *fontanelle antérieure* n'a guère plus qu'un centimètre dans toutes ses dimensions. Le corps et les membres de l'enfant sont bien conformés. L'embonpoint est très notable. La *tête* est asymétrique, le côté gauche est un peu moins développé que le droit. Quelques veinosités bleuâtres apparaissent aux tempes. Le front et l'occiput sont saillants, la forme générale de la tête est ronde. Le nez droit, assez fin, est déprimé à sa base; les narines regardent en bas. Les joues sont pleines, les pommettes peu saillantes. La bouche est grande, les dents régulières. La voûte palatine est peu profonde. Le menton est moyen. Les oreilles sont bien ourlées et bien faites, le lobule, détaché, est moyen.

[15 *décembre*. — Aucune modification bien notable chez Valentine, qui actuellement est une enfant bien élevée. Son unique défaut est de donner des marques d'impatience assez vive quand on lui refuse quelque chose. Sa santé générale est toujours excellente. Elle ne différencie pas encore les couleurs. Il n'y a plus trace des *fontanelles*. Les cheveux qu'on laisse pousser, sont réguliers, mais assez rares aux tempes et au niveau des bosses frontales veinées de bleu. Les réflexes sont normaux. L'enfant parle bien, mais se montre à notre égard réservée et timide (1).]

Nous ne nous permettrons qu'une courte réflexion pour terminer à la suite de cette observation ce travail sur quelques formes de l'hydrocéphalie chronique. Si Valentine Esco..., malgré une hydrocéphalie considérable, est devenue, à 4 ans, une enfant d'une intelligence presque normale, c'est non seulement à la

(1) Cette note est ajoutée à notre communication, faite au mois d'août.

compression, à la révulsion, au calomel, aux bains salés, etc., qu'il faut l'attribuer, mais encore à l'éducation bien dirigée et aux soins minutieux que nous avons pu faire mettre en pratique par sa mère et sa sœur avec intelligence et avec beaucoup de suite. Comme tous les idiots de différentes origines, les hydrocéphales sont de pauvres terrains, qui produisent en raison directe du travail et de l'intelligence des cultivateurs qui sont chargés d'en tirer parti. Temps, patience et ingéniosité sont absolument nécessaires (1).

ERRATUM.

Page 202. Après les mots : Né le ...., lire : 18 décembre 1890.

---

(1) Voir, pour compléter notre travail, le résumé de notre communication dans les *Archives de neurologie* de septembre 1893 et diverses analyses, avec réflexions, sur l'*hydrocéphalie* publiées par nous dans le même recueil en 1893 et en 1894. (B.)

Bourneville, **Planche I.**

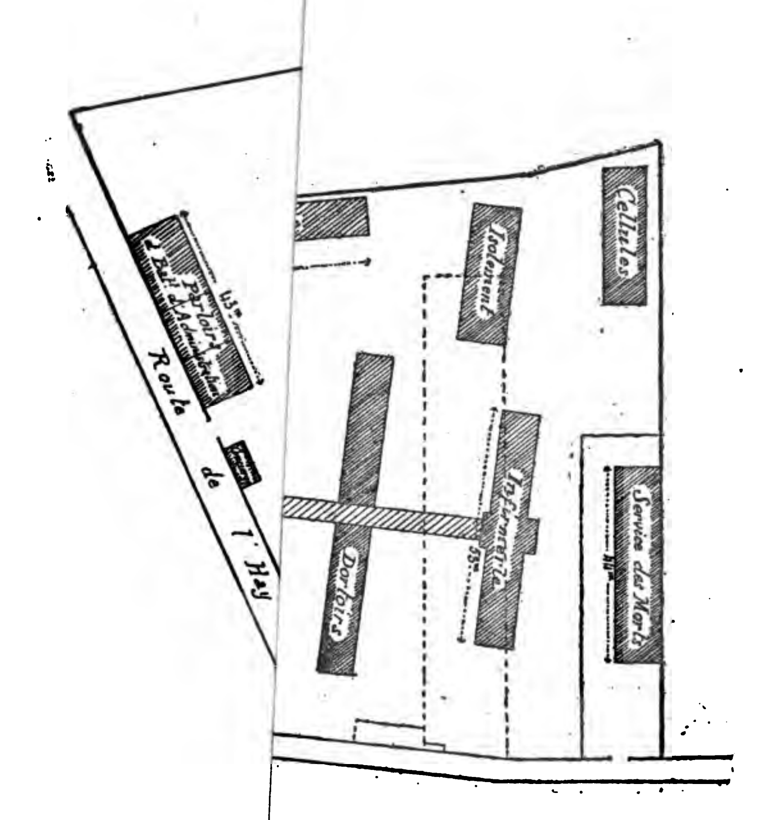


TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

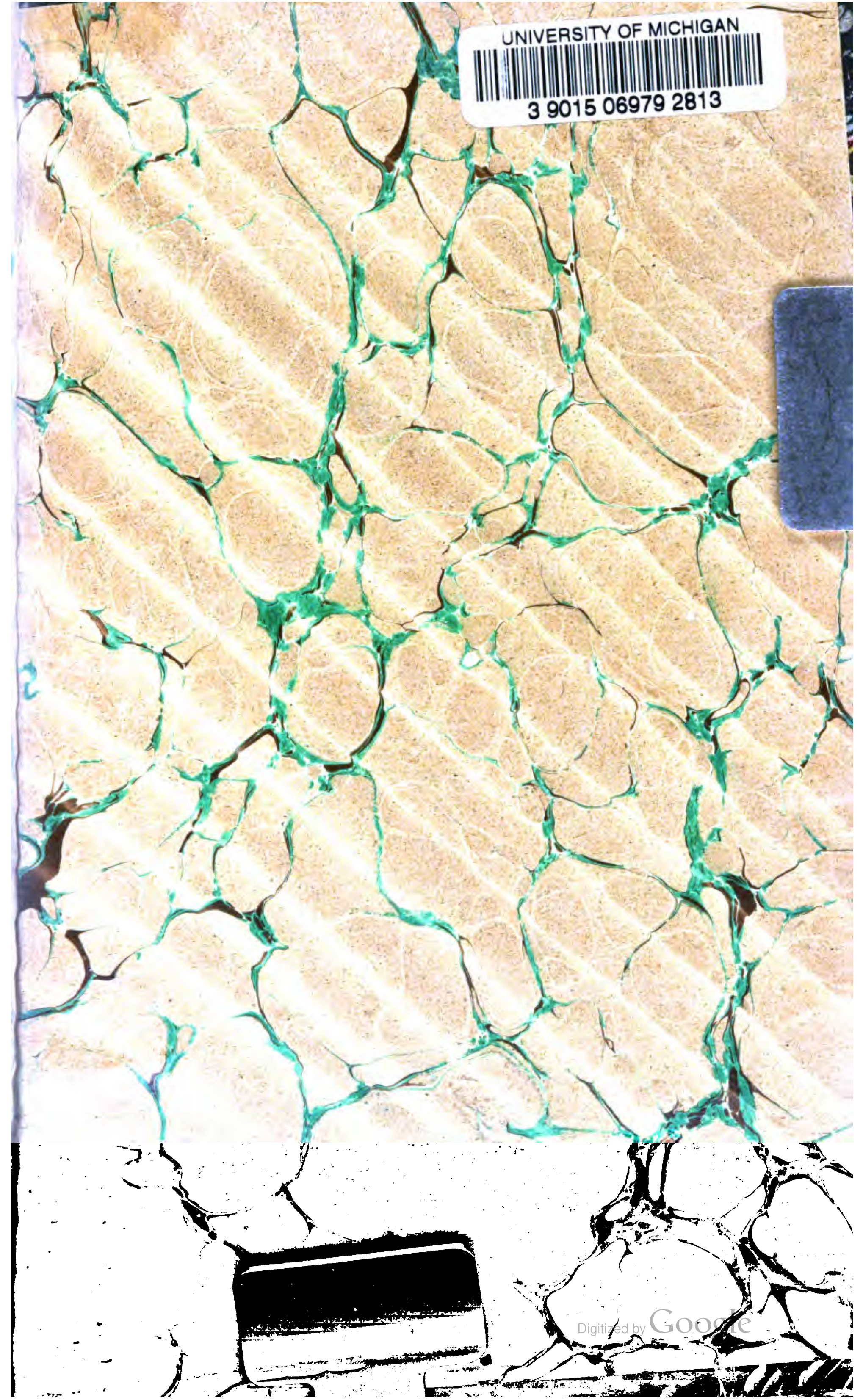
Section I : **Bicêtre.**

SECTION II : **Fondation Vallée.**

DEUXIÈME PARTIE

Clinique et anatomie pathologique.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06979 2813

